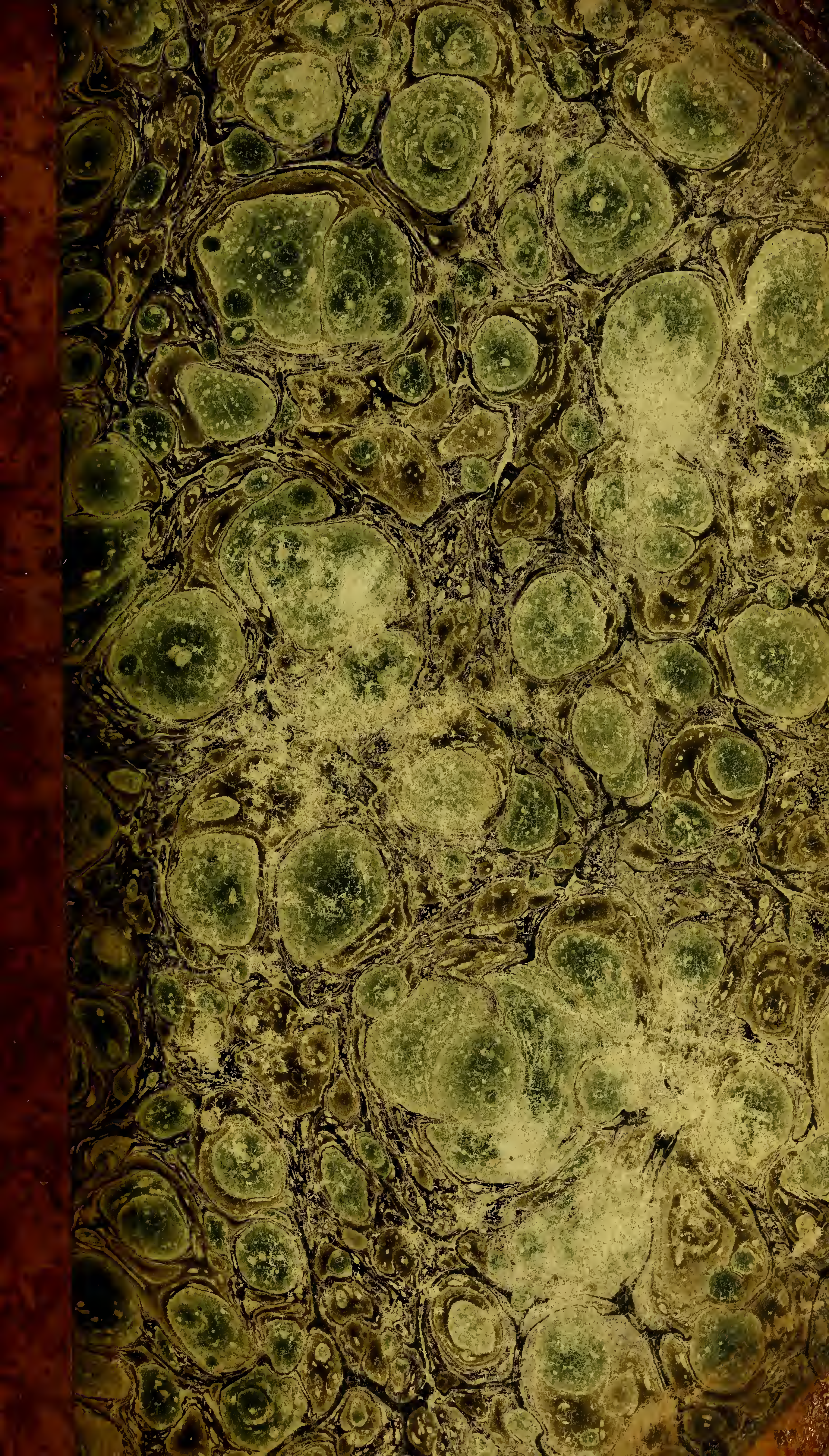


CLINIQUE MÉDICALE,

OU

CHOIX D'OBSERVATIONS

RECUEILLIES A LA CLINIQUE

DE M. LERMINIER,

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ,

MEMBRE TITULAIRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE, ETC.,

ET PUBLIÉES SOUS SES YEUX

PAR G. ANDRAL FILS,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris, Membre adjoint de l'Académie royale de médecine, Membre du Cercle médical de Paris.

PREMIÈRE PARTIE.

FIÈVRES.

Nulla est alia pro certo noscendi via, nisi quam plurimas et morborum et dissectionum historias, tum aliorum, tum proprias, collectas habere, et inter se comparare.

Morgagni, *De sedib. et caus. morb.*, lib. iv, procem.

A PARIS,

CHEZ GABON ET COMPAGNIE, LIBRAIRES,

RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE;

ET A MONTPELLIER, CHEZ LES MÊMES LIBRAIRES.

1823.

DISCOURS PRÉLIMINAIRE.

C'est une vérité généralement avouée, mais souvent méconnue dans son application, que les sciences naturelles sont surtout redevables de leurs progrès aux hommes laborieux qui ne cherchent à pénétrer les secrets de la nature qu'à force d'observations et d'expériences. La lenteur de cette méthode d'investigation n'a point découragé les plus sublimes génies. Par elle Newton décompose la lumière, Franklin analyse la foudre, Lavoisier voit une chimie nouvelle sortir de ses mains créatrices, Bichat donne le jour à l'anatomie générale. C'est parce qu'ils ont abandonné la voix de l'observation que des hommes supérieurs, Descartes, Leibnitz, Buffon, n'ont produit que de vains systèmes sur la formation de la terre. Un homme d'un moins puissant génie, un infatigable observateur, Saussure consacre dix années à étudier la nature sur la cime des Alpes, et il jette les véritables fondements de la géologie.

Comme les autres sciences naturelles, la médecine dut à l'observation son origine et ses progrès; mais plus souvent qu'aucune autre science, la médecine fut entravée dans sa marche par l'esprit de système.

En établissant un parallèle entre la médecine d'observation et la médecine systématique, nous allons essayer de montrer que les faits accumulés d'âge en âge par de patients observateurs, composent la véritable richesse de la science, et en forment la base la plus solide.

On ne lit plus aujourd'hui les ouvrages vrais ou supposés dans lesquels Hippocrate expose les théories médicales de son temps ; mais après deux mille ans, on médite encore les histoires particulières de maladies qu'il nous a transmises, et ses livres des épidémies sont un de ses plus beaux titres à notre admiration.

Diverses sectes de médecine régnèrent successivement dans les écoles de Rome et d'Alexandrie. Qu'est-il resté de leurs nombreuses théories ? elles sont entièrement oubliées, et les faits que chacune de ces sectes a recueillis ont seuls agrandi le domaine de la science. Certes, la réputation d'Arétée fut pendant sa vie beaucoup moins brillante que celle d'Asclépiade. Ce dernier exerça par ses systèmes une immense influence sur la médecine de son temps. Cependant quoi de plus inintelligible maintenant que le système atomistique d'Asclépiade, tel que Cælius Aurélianus nous l'a fait connaître ! Quoi au contraire de plus instructif encore que les immortels tableaux d'Arétée ! Asclépiade fut un médecin systématique ; Arétée fut un modeste observateur.

Pendant cette désastreuse époque du moyen âge, où l'esprit humain rétrograda si rapidement vers une nouvelle enfance, les sciences, réfugiées chez les Arabes, restèrent stationnaires entre les mains des savants de cette nation. Des innombrables volumes, enfantés par les médecins arabes, il n'a survécu que le petit nombre de ceux où des faits sont recueillis. Ainsi l'ouvrage de Rhazès sur la variole ne vieillira jamais, parce que les faits y sont beaucoup plus nombreux que les idées systématiques.

Pendant le cours du seizième siècle, la lecture des ouvrages d'Hippocrate, habilement commentés par les Houllier, les Duret, les Foës, etc., réveilla le goût de la médecine d'observation. Mais malheureusement la plupart des hommes qui contribuèrent le plus aux progrès de la science par les faits nombreux dont ils l'enrichirent, en entravèrent trop souvent la marche par de futiles théories. Ainsi, en même temps que le célèbre Jean Fernel instruisait ses contemporains par ses excellentes observations sur les phlegmasies latentes qui succèdent aux plaies de tête, il les égarait en plaçant dans le mésentère le siége de la plupart des maladies.

La syphilis, le scorbut, différentes épidémies de péripneumonies, de fièvres pestilentielles, trouvèrent dans ce siècle des historiens exacts.

Au premier rang des observateurs de ce temps, doit être placé Forestus. Ses observations sont plus

étendues et plus complètes que la plupart de celles de ses contemporains. Il se distingue surtout de ceux-ci, en ce qu'il ne cherche point à décrire des singularités. Ce qu'il a vu, il le raconte avec fidélité et simplicité. Ce sont des maladies assez communes dont il nous transmet l'histoire ; mais en les présentant dans toutes leurs nuances et dans leurs complications variées, il en perfectionne le diagnostic.

Si on compare Forestus à Mercuriali son contemporain, qui a publié aussi un recueil d'observations, on pourra se convaincre que ces sortes d'ouvrages sont d'autant plus utiles, que leurs auteurs sont plus avares d'idées systématiques. On trouve dans Forestus peu de pages qui ne puissent encore être lues maintenant ; au contraire, les hypothèses subtiles que Mercuriali entremêle à ses observations rendent la lecture de la plupart d'entre elles vraiment insoutenable.

Une foule d'autres médecins entrèrent dans la même carrière, et il en est peu qui, par cette espèce de travail, ne soient parvenus à attacher leur nom à l'histoire de quelque fait curieux. Le tic douloureux fut alors bien connu pour la première fois par les observations de Nicolas Massa, également célèbre par ses recherches sur la syphilis. Amatus Lusitanus, auquel on peut reprocher une trop grande crédulité, et un vain étalage d'érudition, signala une aphonie produite par la désorganisation des nerfs récurrents, des cas de plaies

du cerveau, non suivies de mort. Trincavella publia des remarques importantes sur les sympathies, et sur le cancer de la langue. Valleriola décrivit une dysenterie épidémique; il appela l'attention des médecins sur les effets funestes de l'emploi inconsidéré des préparations mercurielles, sur des parts d'hydatides. Il rapporta l'histoire curieuse d'une balle de pistolet, entrée par les parois abdominales, et sortie par l'anus, sans qu'aucun accident fâcheux en fût le résultat. Félix Plater publia des observations sur les effets des passions; elles peuvent encore être lues avec fruit par le médecin et par le philosophe. Marcellus Donatus fit connaître plusieurs cas de sueurs sanguines, de conceptions avant l'établissement des menstrues, de sécrétions lactées chez les hommes, d'hydropisies de l'utérus. Il rassembla des observations remarquables sur le cancer de l'estomac; il parla d'une épilepsie guérie par une plaie de tête; d'un épi de blé entré par le canal de l'urètre, et sorti par les lombes; il traça des histoires exactes de fièvres quintane et septane. Guillaume Baillou décrivit plusieurs épidémies à la manière d'Hippocrate. Charles Pison recueillit d'intéressantes observations sur l'hydrocéphale, l'hydropéricarde, les calculs pulmonaires, les hydatides des poumons.

A cette même époque, l'anatomie pathologique commença à être cultivée. Le célèbre Eustachi la

préconisait dès lors comme l'un des plus sûrs moyens de perfectionner le diagnostic. Baillou se livra aussi avec zèle à l'ouverture des cadavres. De précieuses découvertes sur le siége des maladies, et sur les lésions diverses qu'elles laissent après la mort, en furent le résultat. Mais tant d'obstacles s'opposaient aux progrès de cette partie des sciences médicales, qu'ils durent être nécessairement bien lents.

A mesure que les observations se multiplièrent, les médecins apprirent à secouer le joug de l'autorité, et l'infaillibilité de Galien cessa d'être proclamée dans les écoles.

La fin du seizième siècle vit apparaître le fameux Paracelse. L'on a complétement oublié aujourd'hui ses folles théories. Cependant à leur naissance elles furent adoptées avec enthousiasme par de nombreux disciples, et son nom fut plus célèbre en Europe que celui d'aucun autre médecin de son temps. N'oublions pas toutefois que Paracelse attaqua et détruisit plusieurs erreurs accréditées ; n'oublions pas qu'il eut le mérite d'introduire dans la matière médicale plusieurs médicaments minéraux, que, dans son fol enthousiasme, il regardait comme autant de panacées universelles.

L'ardeur avec laquelle on cultivait alors la chimie porta généralement les médecins à expliquer par cette science les divers phénomènes de l'état de santé et de maladie.

Pendant une grande partie du dix-septième siècle, les théories chimiques prédominèrent en médecine. Elles furent surtout propagées et soutenues par le célèbre Sylvius. Aucun fait n'en démontrait l'exactitude, mais l'on suivait aveuglément la route qu'avait tracée un homme de génie.

Ce chef d'une des sectes qui ont le plus retardé les progrès de la véritable médecine, fut en même temps un excellent observateur. Il multiplia les ouvertures de cadavres ; il fit le premier au sein des hôpitaux des leçons de clinique ; mais malheureusement il ne voyait les faits qu'à travers le prisme de ses théories.

Ce qui ne contribua pas peu à favoriser les progrès de la secte chimique, c'est que ses principes ne furent combattus que par des hommes médiocres ou de mauvaise foi. La faculté de médecine de Paris, présidée par Riolan, proscrivit les préparations antimoniales, uniquement parce qu'elles avaient été mises en vogue par les disciples de Sylvius.

Cependant une autre école s'éleva bientôt à côté de celle des médecins chimistes. Comme cette dernière, elle dut son origine à l'influence des autres sciences. La culture de la physique expérimentale lui donna naissance ; la découverte de la circulation du sang hâta ses progrès. Cette école fut connue sous le nom d'iatro-mathématicienne. Hermann Boerhaave, Frédéric Hoffmann, ne la créèrent pas, mais ils la firent briller du plus vif éclat.

Guidés par eux, la plupart des médecins expliquèrent par les principes de la mécanique les fonctions du corps et les phénomènes des maladies. Ils commirent de graves erreurs en prétendant calculer les lois de l'économie vivante, comme Kepler et Newton avaient calculé les lois du système planétaire. Mais, généralement plus instruits et par conséquent plus réservés que les médecins chimistes, ils ne suivaient pas le plus souvent, dans leur pratique, les idées que leur suggérait leur théorie.

Les idées systématiques émises par Hoffmann méritent d'autant plus notre attention qu'elles semblent, selon la remarque de Sprengel, avoir mis sur la voie de la doctrine de l'irritation.

Toutes les maladies, dit Hoffmann, s'expliquent par le spasme ou par l'atonie des parties. Dans le premier cas il faut calmer, dans le second fortifier. Mais souvent aussi les humeurs sont secondairement malades ; il faut alors ou les évacuer, ou les ramener à leur type naturel. Ainsi tous les agents thérapeutiques peuvent être rangés en dernier résultat dans l'une des quatre classes suivantes : fortifiants, calmants, évacuants, et altérants.

Si l'on jette les yeux sur la classification qu'Hoffmann a faite des maladies d'après ces principes, on est frappé de l'extrême incohérence du cadre nosologique qui en résulte. La lecture suivie des raisonnements à l'aide desquels il cherche à prouver l'exactitude de sa théorie, me paraît à peu

près impossible aujourd'hui : c'est une série d'hypothèses à peine intelligibles pour nous. Aussi personne, je crois, ne lit plus la partie systématique des œuvres d'Hoffmann. C'est cependant à cette partie qu'il dut d'abord sa grande réputation ; c'est par elle qu'il devint le chef d'une école fameuse, et le rival de Boerhaave.

Mais il est une autre partie des œuvres d'Hoffmann qui est encore aujourd'hui lue et méditée par tous les médecins ; c'est le recueil de ses observations et de ses consultations. Les systèmes auront beau se succéder, ce recueil n'en restera pas moins une source féconde d'instruction solide, et l'un des monuments les plus précieux que nous ait légués la médecine du dix-huitième siècle.

L'examen du système de Sthal pourrait encore nous fournir d'importantes réflexions. Nous verrions combien Sthal s'est souvent égaré en regardant toutes les maladies comme le résultat des efforts de l'âme pour ramener le calme dans l'économie. Mais en blâmant ce qu'il y a d'exagéré ou d'erroné dans sa doctrine, en déplorant surtout les conséquences qui en ont été déduites par ses disciples, nous reconnaîtrions que l'un des premiers il a préconisé les avantages d'une médecine expectante, et qu'en fixant l'attention des physiologistes sur cette force inhérente aux corps vivants, d'où semblent dériver, comme d'une cause première, une foule de phénomènes, il a appris aux

médecins à voir autre chose dans l'économie animale qu'une simple combinaison d'effets chimiques et physiques.

Vers le milieu du dix-huitième siècle, Haller jeta un grand jour sur la physiologie par ses belles expériences sur la sensibilité et l'irritabilité. On s'en servit avec avantage pour combattre la théorie mécanique de l'inflammation, et celle-ci fut rapportée à l'irritabilité augmentée des vaisseaux. On vit alors s'élever de nouveaux systèmes pathologiques qui avaient plus ou moins de rapport avec celui d'Hoffmann. Tel fut le système de Cullen, dans lequel on considère les fièvres comme produites constamment par des causes débilitantes, qui déterminent ensuite dans l'économie une réaction spasmodique d'où naît la fièvre. La goutte dans ce système est due à l'atonie des voies digestives avec une réaction périodique qui détermine des congestions vers les articulations.

D'autres, tels que Jacques Gregory, Samuel Musgrave, etc., expliquèrent toutes les maladies par l'augmentation ou la diminution de la sensibilité et de l'irritabilité. La fièvre, par exemple, n'était autre chose, suivant eux, qu'une excitation du système nerveux, d'où résultait un accroissement de l'irritabilité du cœur et des artères. L'on expliquait déjà les métastases par le déplacement de l'irritation.

Le but de ces divers systèmes était de chercher

à concilier la doctrine d'Haller avec les idées de Frédéric Hoffmann sur l'influence qu'exerce le système nerveux dans toutes les maladies. Quelques hommes cependant cherchaient encore à rétablir la pathologie humorale. Ainsi Louis Hoffmann admit dans les humeurs une tendance continuelle à la putridité, et combinant les idées physiologiques de diverses écoles, il supposa que, lorsque les particules putrides étaient trop abondantes, elles irritaient les conduits à travers lesquels elles devaient être évacuées ; la rétention de ces particules, due à la contraction spasmodique des vaisseaux, déterminait toutes les maladies.

Enfin parut un système, qui, attentivement examiné, semble se composer d'un mélange des idées de Cullen et de Frédéric Hoffmann. Ce système, créé par Brown, consiste à regarder toutes les maladies comme le produit de l'augmentation ou de la diminution de l'*excitation ;* elles sont sthéniques dans le premier cas, asthéniques dans l'autre. Les maladies asthéniques peuvent être elles-mêmes le résultat d'une trop forte irritation ; l'on observe alors une débilité secondaire ou indirecte ; de là la nécessité fréquente d'une thérapeutique essentiellement fortifiante.

Le système de Brown trouva dès sa naissance des partisans zélés et d'ardents antagonistes. A en croire les premiers, Brown avait établi la médecine sur des bases inébranlables ; ils le proclamaient le bien-

faiteur de l'humanité ; ils en appelaient à la postérité des critiques dirigées contre la nouvelle doctrine. Cependant trente années se sont à peine écoulées depuis la publication de l'ouvrage de Brown ; aujourd'hui on le lit à peine, et très peu de personnes savent même d'une manière précise en quoi consiste la doctrine du médecin écossais.

Nous venons de tracer une rapide esquisse des divers systèmes que les deux derniers siècles ont vus éclore; nous les avons vus se succéder, à mesure que de nouvelles révolutions s'opéraient en physiologie.

Portons maintenant nos regards sur les fruits de la médecine d'observation, dont nous avons déjà suivi les progrès dans le seizième siècle.

Vers le milieu du dix-septième siècle, parut un homme doué d'un jugement profond et d'une sagacité rare, qui, ne s'astreignant à suivre aucune des théories de ses contemporains, se contenta d'observer les maladies, et de nous en transmettre d'immortels tableaux. Le nom de Sydenham est placé dans les annales de la science à côté de celui d'Hippocrate. Morton à la même époque ne parcourut pas sans gloire la carrière où était entré Sydenham. Cependant, dans ce siècle, la médecine d'observation fut d'autant moins cultivée que les idées systématiques avaient une faveur plus générale. Chaque système, simplifiant singulièrement la pratique de la médecine, dispensait en quelque

sorte de suivre la marche longue et pénible de l'observation. Mais vers le commencement du dix-huitième siècle, le génie de la médecine hippocratique parut se réveiller.

La philosophie dominante de ce siècle semblait en favoriser la propagation. Déjà Bacon, en traçant d'une main hardie le tableau des connaissances humaines, avait proclamé l'observation comme le guide le plus sûr que pussent suivre les médecins. Les idées philosophiques de Locke, de Condillac et de Hume, donnèrent un nouveau poids aux préceptes de l'immortel chancelier.

On vit paraître alors une foule d'observations et de recherches expérimentales soit sur les diverses maladies, soit sur les médicaments.

Les vertus du quinquina furent appréciées, et l'étude de ses propriétés qui ne pouvaient s'accorder avec les théories du temps, ne contribua pas peu à éloigner de celles-ci les bons esprits. L'ipécacuanha fut également expérimenté. D'intéressantes recherches furent faites sur l'arnica, la valériane, la ciguë, la belladonna, la jusquiame, le datura stramonium, l'aconit, l'eau distillée de laurier cerise, la digitale, le cachou, la racine de polygala, etc. Les résultats les plus contradictoires furent à la vérité publiés sur les effets de plusieurs de ces médicaments. C'est ainsi que les propriétés bienfaisantes de la ciguë, vantées par Stork, étaient niées par Dehaen; mais chacun publiait ses obser-

vations, et le lecteur impartial pouvait les comparer et juger. De nombreux essais furent tentés pour remplacer, comme fébrifuges, le quinquina par la benoîte, l'écorce de saule, l'écorce de marronnier d'Inde. C'est encore dans le dix-huitième siècle que des médecins observateurs firent entrer dans le domaine de la thérapeutique le quassia amara, le simarouba, la racine de Colombo, l'écorce de Winter, le lichen d'Islande, la térébenthine, différents fucus auxquels une propriété anthelmintique fut attribuée.

Les observations démontrèrent l'inertie de plusieurs médicaments minéraux, que les théories chimiques avaient porté à regarder comme autant de spécifiques. Elles prouvèrent l'utilité de la magnésie dans plusieurs cas d'aigreurs d'estomac ; elles furent moins heureuses, lorsqu'elles proclamèrent les avantages de l'eau de chaux, de la potasse, données comme lithontriptiques. Les oxides de zinc et de bismuth, l'acétate de plomb, furent employés. On perfectionna les préparations antimoniales et mercurielles. Des observations, publiées à la fois par un grand nombre d'écrivains, démontrèrent que la cure de la syphilis peut s'opérer sans que la salivation ait lieu. Enfin l'électricité fut essayée contre un grand nombre de maladies ; et bientôt les observations furent assez multipliées pour que ce moyen, d'abord trop vanté, pût être réduit à sa juste valeur.

Le nombre des observateurs du dix-huitième siècle devient tellement considérable que nous pouvons à peine nommer les principaux.

Fothergill observa une épidémie d'angine gangréneuse, et nous en transmit une description classique ; les observations exactes de Stork et de Dehaen apprirent à distinguer la scarlatine et la rougeole; Home, Michaëlis, séparèrent le croup des autres angines ; une observation de Tulpius avait déjà fait connaître cette affection il y avait plus d'un siècle ; Huxham traça le tableau de la fièvre lente nerveuse, et publia de nombreuses observations sur la péripneumonie ; les maladies produites par l'usage du seigle ergoté furent observées et décrites ; l'histoire de plusieurs épidémies fut retracée avec soin. Parmi les écrivains qui s'en occupèrent, nous nommerons Lancisi, Casimir Medicus, Tissot, Pringle, Rœderer et Wagler, Le Pecq de la Clôture, Torti, Sarcone, dont les ouvrages sont classiques.

D'autres s'appliquaient surtout à éclairer le diagnostic par l'examen des lésions cadavériques ; nous avons vu naître ce genre de recherches dans les deux siècles précédents. Baillou, Salzmann, Horstius, Bartholin, Tulpius, Christophe Bennet, Ruycsh, Félix Plater, Théophile Bonet surtout, hâtèrent les progrès de la médecine par la culture de l'anatomie pathologique ; mais les travaux de ces hommes célèbres furent tous surpassés par les

immortelles recherches de Morgagni. En comparant son ouvrage à celui de Bonet en particulier, on peut voir quelle heureuse influence était exercée par l'introduction de l'esprit philosophique en médecine. Avant Morgagni les descriptions étaient inexactes, les faits trop souvent mal interprétés, et la cause de la mort placée dans des lésions qui lui étaient quelquefois tout-à-fait étrangères. Quel autre avant lui montra une plus grande sagacité à discuter les faits? quel autre avait été plus fidèle dans ses descriptions? cependant il était réservé à l'école moderne de Paris de pousser plus loin encore la science de l'anatomie de l'homme malade.

C'est aussi pendant le dix-huitième siècle que les diverses sociétés savantes se multiplièrent; la plupart des recueils publiés par elles doivent être signalés comme l'une des sources les plus fécondes d'instruction par les faits nombreux qui y ont été consignés. En France l'impulsion vers ce genre de travaux avait été donnée par l'académie des sciences, créée dans le siècle précédent. L'académie royale de chirurgie suivit dans ses Mémoires la voie de l'observation la plus rigoureuse. A peine instituée, la société royale de médecine marcha dignement sur ses traces.

Pendant les dernières années du dix-huitième siècle, Reil publia, sous le titre de *Memorabilia*, la collection des faits les plus curieux qu'il avait observés dans l'hôpital confié à ses soins. L'ouvrage

que Stork fit paraître sous le nom d'*Annus Medicus* est consacré au même objet.

Nous n'avons point encore parlé de deux des médecins les plus remarquables du dix-huitième siècle, de Stoll et de Dehaen. Le premier fut sans contredit un homme de génie ; on ne saurait trop méditer et les nombreuses observations qu'il nous a transmises, et les lumineux commentaires qui les accompagnent. Mais pourquoi faut-il qu'un esprit aussi étendu ait embrassé une théorie exclusive? Pourquoi faut-il que, guidé par une idée préconçue, celle de voir la bile prédominer dans la plus grande partie des maladies, il se lasse trop souvent d'être simple observateur?

On ne peut pas faire ce reproche à Dehaen. Son ouvrage se compose principalement d'un ensemble d'observations qui lui sont propres ; il réunit année par année sous un même point de vue celles qui ont entre elles le plus de rapport. Il compare ordinairement les faits qu'il vient de rapporter avec les faits analogues que citent les auteurs ; et, raisonnant par induction, il cherche à en tirer des corollaires sous le rapport de la nature de la maladie, de ses symptômes et de son traitement. Un fait est-il en litige, c'est en accumulant les observations qu'il cherche à l'éclaircir; c'est en suivant cette marche qu'il est parvenu à jeter un grand jour sur les éruptions pétéchiales, sur les vertus du quinquina dans les fièvres graves, sur l'emploi des vomitifs et des pur-

gatifs dans ces mêmes maladies, sur l'efficacité du cautère actuel dans l'épilepsie, de la ciguë dans les affections cancéreuses, etc. Sans doute il n'est pas non plus exempt de préjugés ; des haines particulières, des idées systématiques l'égarent quelquefois : mais son ouvrage n'en est pas moins un de ceux dont la lecture doit être le plus recommandée aux praticiens, parce que c'est un recueil de faits.

Enfin nous nous croirions coupables envers la science, si nous ne nommions point ici ce Théophile Bordeu, l'un des plus grands médecins dont puisse s'honorer l'antique faculté de Montpellier ; véritable homme de génie, dont les ouvrages contiennent des observations si profondes, si pleines de sagacité, sur la nature de l'homme sain et malade.

La fin de ce dix-huitième siècle, pendant lequel la médecine d'observation porta de si heureux fruits, fut marquée, ainsi que nous l'avons déjà vu, par l'apparition du système de Brown. C'est au milieu de l'agitation générale que la discussion de ce système causait parmi les médecins que la France vit paraître la nosographie philosophique. Son auteur avait puisé dans la lecture des anciens le goût de la bonne observation. Il avait acquis à l'école des philosophes modernes cette indépendance de la pensée, sans laquelle l'esprit ne saurait s'affranchir des idées qui lui sont imposées par tout ce qui l'entoure; il vit que, dans tous les temps, l'empirisme rai-

sonné avait été plus utile aux progrès de la médecine que le plus ingénieux des systèmes. Entouré de médecins dont la plupart, à peine sortis des bancs de l'école, attaquaient ou défendaient par de pures spéculations les nouveaux principes de Brown, il essaya de les rappeler à la médecine d'observation, telle qu'elle avait été professée par Hippocrate et Sydenham.

En même temps un autre médecin français créait une chaire de clinique, où chaque jour il cherchait à pénétrer ses nombreux disciples de ce génie observateur qu'il possédait lui-même à un si haut degré. L'essai sur les maladies du cœur, le diagnostic des affections de poitrine, éclairé par une nouvelle méthode d'investigation, une foule de thèses riches de faits et d'observations neuves, tels furent les brillants résultats des leçons cliniques de Corvisart. Pour la première fois peut-être un médecin était parvenu à exciter autour de lui l'enthousiasme le plus vif, sans professer aucun système.

Fidèle à la méthode d'observation que lui avait enseignée Corvisart, Bayle enrichit la science d'immortels ouvrages.

C'est de cette école, que l'on pourrait justement appeler l'école française, que sont sortis tant d'habiles professeurs, de savants écrivains, de praticiens distingués, aujourd'hui nos maîtres et nos modèles.

Parmi ce grand nombre de médecins, l'honneur de notre époque, et que nous nous abstiendrons de nommer parce qu'ils sont vivants, nous ne pouvons cependant pas taire les noms de MM. Laennec et Broussais, à cause de l'influence si marquée que l'un et l'autre exercent sur la médecine actuelle, et par leurs ouvrages et par leurs leçons. Si l'amour de ce que nous croyons être la vérité nous a obligés de combattre souvent les principes de M. Broussais, cette dissidence d'opinions ne saurait nous faire méconnaître les services que l'auteur du *Traité des phlegmasies chroniques* a rendus à la science, ni nous empêcher de rendre hommage à son grand talent observateur.

On ne peut nier d'ailleurs que la discussion des principes de la *doctrine* de M. Broussais a dirigé l'attention des médecins vers des faits négligés ou inconnus, a excité de nouvelles recherches, et imprimé aux esprits une heureuse et féconde activité.

Au milieu de ce noble concours de talents et de lumières, de grandes, d'importantes questions restent encore indécises. Aucun médecin ne peut rester indifférent à leur solution, et nous formons le vœu que tous cherchent à y concourir en publiant les faits intéressants de leur pratique [1].

[1] Un vœu semblable avait déjà été exprimé par F. Hoffmann: *Vehementer certe optandum foret, ut medicus, casus in artis exercitio occur-*

Mais s'il est un médecin qui se trouve placé de manière à pouvoir payer à la science ce genre de tribut, c'est surtout celui qui, observant des malades au sein d'un vaste hôpital, voit dans un court espace de temps les affections les plus variées se présenter à lui avec leurs nuances infinies et leurs complications nombreuses. Les faits qu'il raconte ont l'avantage d'avoir été recueillis devant un grand nombre de personnes, et conjointement avec plusieurs d'entre elles. Ces faits ont été discutés, approfondis au lit du malade. L'exactitude des observations ne saurait dès lors être soupçonnée, et il y a le moins de chances possible pour que les faits soient mal interprétés.

Chargé d'une partie du service médical dans ce même hôpital où a été fondée en France la première chaire de médecine clinique, M. Lerminier a pensé qu'un ouvrage dans lequel serait consigné, à côté des observations recueillies dans ses salles, le résumé de ses conférences cliniques, ne serait peut-être ni sans intérêt ni sans profit pour la science. Détourné des travaux du cabinet par les occupations fatigantes de la médecine pratique, M. Lerminier a bien voulu me charger de ce travail. Élevé à l'école de ce maître habile, nourri de sa doctrine, et chargé aujourd'hui de la rendre publique, ce n'est

rentes, præsertim notabiliores, plenissime consignare, atque hoc pacto artis medicæ incrementum promovere anniteretur.

point à moi qu'il appartient d'en faire l'éloge; mais ceux qui, comme moi, ont eu l'avantage de suivre ses leçons cliniques, se plairont toujours à rendre hommage aux rares talents du médecin, à l'inépuisable bonté du maître.

Cet ouvrage se composera de plusieurs parties, qui seront successivement publiées. Chaque partie contiendra une série d'observations et de recherches propres à éclairer l'histoire des différentes maladies dont se compose le domaine de la pathologie interne.

La première partie est entièrement consacrée à l'histoire de cette grande classe de maladies qui sont aujourd'hui le sujet de si vives discussions, et que nous avons cru devoir encore désigner sous le terme générique de fièvres. Nulle part nous n'avons prétendu imposer nos opinions; nous avons mis en quelque sorte les *pièces du procès* sous les yeux du lecteur; il peut les examiner, et juger. Puissent les faits que nous avons accumulés n'être pas inutiles au praticien dans le diagnostic et le traitement des maladies analogues soumises à son observation! Puissent ces faits fournir quelques matériaux pour l'édifice de la science!

Une nouvelle académie, représentant à la fois l'ancienne académie de chirurgie et la société royale de médecine, vient de s'élever parmi nous. Accueillir avec empressement toutes les observations, toutes les recherches expérimentales, pros-

crire avec sévérité les hypothèses, les idées systématiques, telle est la noble mission qui lui est confiée.

C'est comme recueil de faits que nous osons faire hommage de notre travail à l'académie royale de médecine; nous ambitionnons son approbation, comme notre plus flatteuse récompense.

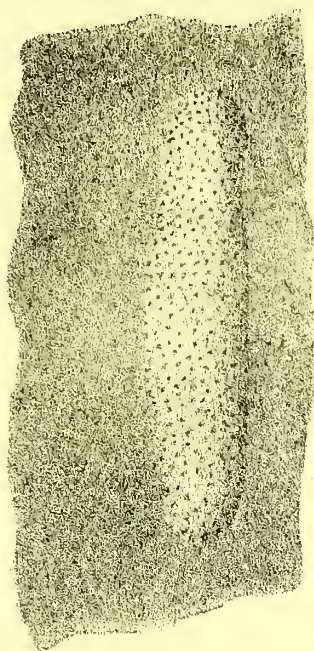
EXPLICATION DES FIGURES.

Follicules muqueux des intestins, agglomérés sous forme de petits points noirs. *Fig.* 1, 3, 4.

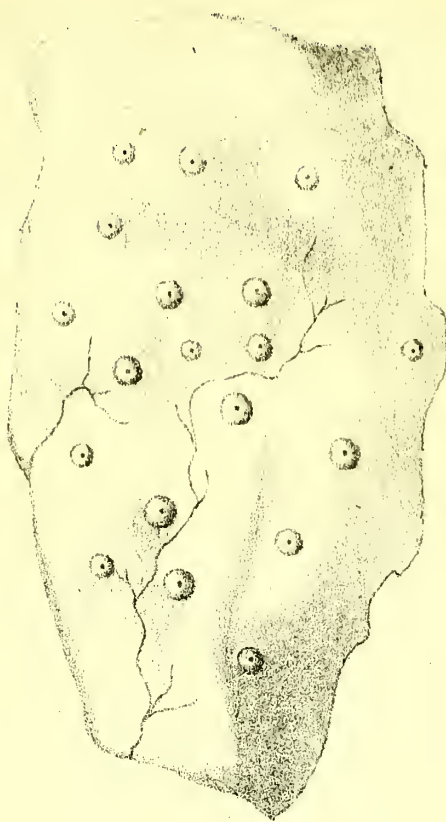
Mêmes follicules isolés. *Fig.* 4.

Follicules isolés aussi, et plus gros. *Fig.* 2.

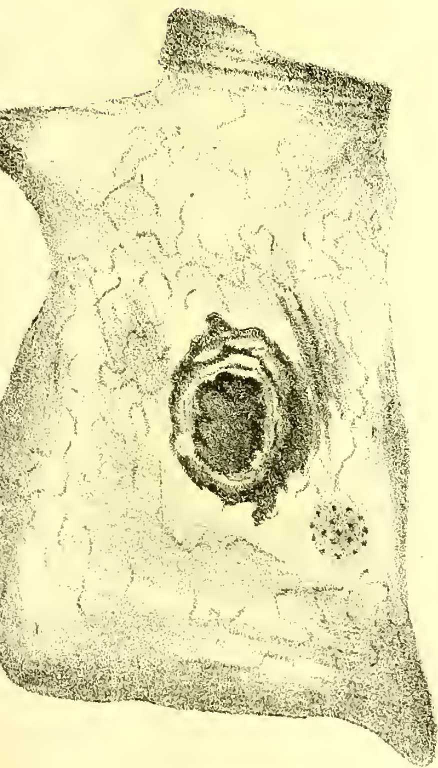
1



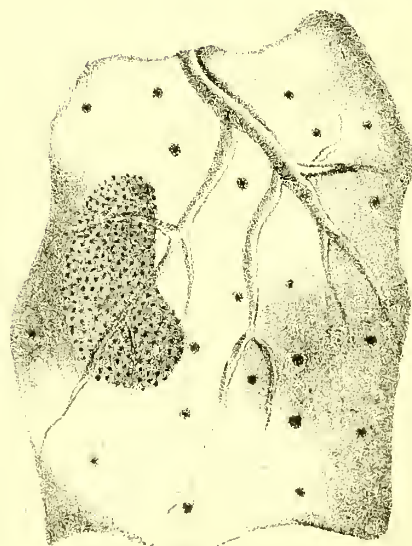
2



3



4



CLINIQUE MÉDICALE.

PREMIÈRE PARTIE.

OBSERVATIONS SUR LES FIÈVRES.

INTRODUCTION.

Soit que les fièvres essentielles décrites par les nosographes puissent être considérées comme le résultat constant d'une affection locale, soit qu'il ne soit pas toujours possible d'en déterminer le siége, il semble convenable, dans l'état actuel de la science, de désigner encore cette classe de maladies sous le terme générique de *fièvres*; de cette manière on ne préjuge rien sur leur nature, et l'on se tient dans la stricte observation des faits.

Telle est l'opinion professée par M. Lerminier dans ses leçons cliniques; ce médecin n'a pas même cru devoir adopter les différentes classifications des fièvres indiquées dans les pyrétologies, ces classifications n'étant le plus souvent qu'un assemblage d'abstractions plus ou moins bien coordonnées, qu'on peut regarder comme

favorables ou commodes pour l'enseignement théorique, mais qui sont toujours insuffisantes ou erronées près du lit des malades. M. Lerminier se contente d'employer l'expression simple de *fièvre continue ou intermittente, avec ou sans affection locale évidente des organes de la tête, du thorax ou de l'abdomen.*

C'est d'après ces principes que les observations suivantes ont été recueillies et rédigées.

Mais quel ordre devions-nous suivre dans l'exposition des faits? Si nous avions eu seulement pour but de faire ressortir telle ou telle circonstance de l'histoire des fièvres, notre route se fût trouvée naturellement tracée. Si, par exemple, nous nous étions proposé de fixer principalement l'attention sur les lésions des organes, nous aurions montré d'abord les cas où ces lésions sont nulles ou infiniment légères, ensuite les cas où les altérations deviennent de plus en plus intenses, et acquièrent une importance réelle dans la production de la maladie, ou au moins de plusieurs de ses symptômes. Si nous avions eu le dessein d'étudier plus particulièrement les symptômes eux-mêmes dans leurs divers degrés de simplicité ou de complication, il nous eût été facile de classer nos observations de manière à pouvoir nous livrer avec fruit à cette étude comparative d'un ou de plusieurs symptômes. L'étude spéciale de la marche de la maladie, de sa durée, de ses diverses périodes, et de ses complications, aurait pu encore nous fournir de nouvelles bases de classification. Enfin, si l'examen des diverses méthodes thérapeutiques avait été le but unique de nos recherches, nous aurions pu coordonner nos observations de manière à les rattacher toutes à ce but prin-

cipal. Mais aucun de ces objets n'a dû nous occuper exclusivement; nous ne pouvions donc nous astreindre à suivre aucun des plans que nous venons d'indiquer. Nous avons voulu surtout transporter en quelque sorte le lecteur au sein de la clinique d'un vaste hôpital, et le mettre à même de suivre avec nous les phénomènes, tels qu'ils se sont présentés à notre investigation.

L'observateur qui cherche à puiser, dans une étude approfondie de ces phénomènes, des notions exactes sur la nature des fièvres, est naturellement conduit à établir entre ces maladies deux grandes divisions d'après leur type : les fièvres continues avec ou sans rémittence, et les fièvres intermittentes.

Parmi les fièvres continues, les unes ne lui offrent que des symptômes assez légers : leur marche est simple, leur terminaison heureuse ; abandonnées à elles-mêmes, il semble qu'elles marcheraient aussi vers une guérison assurée. Cependant diverses méthodes thérapeutiques, employées avec discernement, secondent avec fruit les efforts salutaires de la nature ; ainsi agissent les simples boissons mucilagineuses dans un cas, les émissions sanguines dans un autre, les vomitifs dans un troisième. L'étude comparative de ces différents modes de traitement peut déjà répandre quelque jour sur la grande question de la nature des fièvres. Si, par exemple, à la suite de l'administration d'un vomitif, nous voyons disparaître en quelques heures des symptômes qui avaient été vainement combattus par l'emploi prolongé des antiphlogistiques, ne serons-nous pas portés à penser que plusieurs fièvres ne consistent point uniquement dans une gastrite ou dans une entérite ?

A côté de ces fièvres légères se montrent d'autres fièvres continues, dont les symptômes sont infiniment plus graves, dont la marche est bien autrement compliquée, et dont la terminaison est souvent funeste. L'étude de ce genre de fièvres ouvre à l'observateur un champ beaucoup plus vaste. La considération des symptômes, la comparaison des succès obtenus par l'emploi des méthodes thérapeutiques les plus opposées, l'examen des organes après la mort, peuvent à la fois l'éclairer sur la nature de ces maladies.

La division des fièvres continues en fièvres légères et en fièvres graves, avec ou sans rémittence, nous semble donc la plus naturelle de toutes, et la seule qui puisse être constamment appliquée près du lit des malades; aussi l'avons-nous toujours adoptée dans l'exposition des faits.

Les fièvres intermittentes peuvent aussi être divisées en intermittentes légères et en intermittentes graves. Plusieurs de celles-ci constituent une partie des fièvres pernicieuses des auteurs. Dans les hôpitaux de Paris, l'on n'a guère occasion d'observer que les premières; l'uniformité de leurs symptômes, la simplicité de leur marche, ne donnent que peu d'intérêt aux observations particulières consacrées à retracer ce genre de fièvres. Aussi nous nous contenterons d'en présenter un tableau général, qui ne sera qu'un résumé des cas particuliers que nous aurons observés. Toutefois nous ne laisserons pas de retrouver, soit dans les phénomènes, soit dans le traitement, plusieurs faits qui pourront encore contribuer à nous éclairer sur la nature des fièvres.

Nous avons placé à la suite de la plupart des obser-

vations un résumé plus ou moins étendu, dans lequel nous essayons de faire ressortir ce que chaque cas présente de remarquable.

Mais ce n'était point assez d'avoir ainsi accumulé un grand nombre d'histoires de fièvres. Séparés et isolés les uns des autres, les faits retracés dans chaque observation eussent beaucoup perdu de leur intérêt. Nous avons donc cherché, dans un résumé général, à présenter dans leur ensemble, et dans leurs traits les plus saillants, ces mêmes faits que les observations particulières nous avaient montrés jusque dans leurs plus minutieux détails. Après avoir ainsi analysé et comparé les faits, nous avons essayé de nous élever à quelques considérations générales sur la nature des fièvres.

Bien convaincus que les principes généraux de chaque science, surtout en médecine, ne doivent être que le résultat direct et précis des faits observés, nous avons toujours pris les faits pour guides lorsque nous avons cherché à élucider plusieurs questions vivement agitées dans les écoles anciennes et modernes. Telles sont les suivantes :

Existe-t-il des affections générales, c'est-à-dire des affections qui ne paraissent pas plutôt avoir leur point de départ dans un organe que dans un autre, et dont la cause semble résider dans le trouble de toutes les parties de l'économie?

Les fièvres dites essentielles doivent-elles être considérées comme des maladies générales ou locales?

Reconnaissent-elles toutes pour cause une phlegmasie gastro-intestinale?

Cette dernière phlegmasie elle-même, quel que soit son degré d'importance dans la production des symp-

tômes, ne se présente-t-elle pas souvent dans les fièvres avec un caractère spécial? Peut-on regarder, par exemple, les éruptions variées dont les intestins sont alors fréquemment le siége comme une phlegmasie analogue à la gastrite produite par empoisonnement? Ne serait-ce pas comme si l'on confondait sous un nom commun l'érysipèle et la variole?

La phlegmasie du canal digestif ne peut-elle pas être rangée, dans un assez grand nombre de cas, parmi les inflammations essentiellement gangréneuses de leur nature, telles que l'angine gangréneuse, la pustule maligne, l'anthrax, les charbons pestilentiels?

Dans ces différents cas, le terme de gastro-entérite est-il suffisant pour exprimer toutes les variétés des lésions gastro-intestinales?

Par quels caractères anatomiques peut-on distinguer l'état sain de la muqueuse gastro-intestinale, l'état inflammatoire de cette membrane, son injection purement mécanique, et enfin les rougeurs qui résultent d'une simple transsudation ou imbibition sanguine opérée après la mort?

La langue est-elle toujours l'indice fidèle de l'état de l'estomac?

La diarrhée suppose-t-elle nécessairement l'existence d'un état de phlegmasie du gros intestin?

Les ulcérations intestinales sont-elles constamment accompagnées de douleurs?

Quelles sont les causes du météorisme de l'abdomen, phénomène si commun et si redoutable dans les fièvres graves? Si l'inflammation des voies digestives est dans ces maladies la cause unique du développement souvent

extraordinaire des gaz intestinaux, pourquoi la tympanite ne s'observe-t-elle pas plus communément chez les phthisiques dont les intestins sont remplis d'ulcérations ? L'art possède-t-il des moyens efficaces pour combattre cette fâcheuse complication ?

La mort, chez un grand nombre d'individus atteints de fièvres graves, n'est-elle pas due à des phlegmasies pulmonaires, d'autant plus perfides dans ce cas, qu'elles sont presque toujours plus ou moins complétement latentes ?

L'inflammation du parenchyme pulmonaire n'affecte-t-elle pas, chez plusieurs de ces malades, un caractère spécial, sous le rapport de l'espèce d'altération que les poumons subissent, altération que nous avons désignée sous le nom de *ramollissement pultacé du poumon ?*

Les symptômes nerveux les plus variés peuvent-ils se montrer dans les fièvres, indépendamment de toute lésion appréciable du cerveau ?

Le délire et autres symptômes nerveux sont-ils toujours liés à une irritation sympathique ou idiopathique de l'encéphale ? Ne faut-il pas aussi admettre un délire par faiblesse ? Le même mode de traitement convient-il à ces deux espèces de délire ?

L'adynamie est-elle le résultat constant de la concentration des forces sur un organe important à la vie ? Souvent aussi n'est-elle pas primitive, essentielle ?

N'observe-t-on pas, dans plusieurs cas de fièvres graves, une excitation factice, aussi-bien qu'une fausse prostration ?

Faut-il admettre que la gangrène des vésicatoires, loin d'être l'indice de la débilité générale, est due au contraire à l'intensité de l'inflammation gastro-intestinale?

Quelle importance faut-il attacher à l'apparition des pétéchies, sous le rapport du pronostic? Ces taches ne se montrent-elles que lorsque des évacuants ont été administrés, ainsi que le disait de Haen?

Les solides sont-ils exclusivement altérés dans les fièvres? Les humeurs ne sont-elles pas également viciées d'une manière primitive ou secondaire dans beaucoup de ces maladies, et plusieurs symptômes ne peuvent-ils pas être regardés comme dépendants de l'altération des liquides?

La distinction des hémorragies en actives et en passives doit-elle être rejetée, ainsi qu'on l'a voulu dans ces derniers temps? N'observe-t-on pas, dans plusieurs cas de fièvres putrides, des flux de sang véritablement atoniques?

La doctrine des crises est-elle basée sur des faits bien constatés? doit-elle être admise, modifiée, ou entièrement bannie dans l'état actuel de la science?

Les fièvres sont-elles assujetties, dans leur marche, à diverses périodes? ont-elles une durée déterminée?

Les fièvres intermittentes peuvent-elles être considérées comme des phlegmasies intermittentes?

Peut-on adopter dans les fièvres une méthode exclusive de traitement? Les simples boissons mucilagineuses, les émissions sanguines, les vomitifs et même les purgatifs, les toniques, les stimulants internes et externes, ne doivent-ils pas être employés ou proscrits tour à tour, selon des indications précises?

Les antispasmodiques proprement dits, tels que le camphre, le musc, l'assa fœtida, les préparations éthérées, peuvent-ils être employés dans les cas où l'on craindrait d'administrer des toniques?

Quelle propriété thérapeutique faut-il accorder à cette classe de médicaments ?

Les saignées, pratiquées à une époque où existe déjà un ensemble bien caractérisé de symptômes adynamiques, n'ont-elles pas eu, dans plusieurs cas, les plus fâcheux résultats ?

Lorsqu'à cette même époque l'on observe des signes bien évidents de congestion vers le cerveau, faut-il craindre d'avoir recours aux saignées dérivatives du cou ?

L'état d'irritation des voies digestives contre-indique-t-il constamment l'emploi des toniques ? etc., etc.

Voilà une partie des importantes questions qui seront soumises à une discussion sévère, à mesure que les faits nous les offriront. Entièrement étrangers à tout esprit de parti, et persuadés qu'un sage ecclectisme est la voie la plus sûre pour atteindre la vérité, nous n'avons dédaigné l'examen d'aucune opinion; mais nous n'avons pas craint de signaler l'erreur partout où l'erreur nous a paru exister. Lorsque nous avons douté, nous avons mieux aimé laisser les questions indécises, que d'en donner une solution prématurée. Ne nous sommes-nous jamais égarés ? nous n'oserions l'affirmer. Nous garantissons seulement l'exactitude des faits; le lecteur jugera si ces faits ont été bien ou mal interprétés [1].

[1] Ce travail était entièrement terminé, lorsqu'assistant aux leçons faites par M. Laennec sur les fièvres, pendant le mois de février 1823, je fus agréablement surpris d'entendre ce savant médecin professer, sur plusieurs points de doctrine, les mêmes opinions auxquelles M. Lerminier et moi avons été conduits par l'observation. Cette conformité d'opinions sur une maladie observée dans deux hôpitaux différents, et sans aucune communication, semble être une présomption de plus que nous avons rencontré la vérité.

DES FIÈVRES CONTINUES.

Le nombre des fièvres continues traitées dans les salles de M. Lerminier pendant l'année 1822 s'est élevé à deux cent vingt-neuf.

Le tableau suivant prouve que tous les âges n'en ont pas été indifféremment atteints.

AGE DES MALADES.	NOMBRE REÇU.
15 ans.	1
16 à 20 ans.	67
20 à 25 ans.	99
25 à 30 ans.	29
30 à 35 ans.	10
35 à 40 ans.	4
40 à 45 ans.	7
45 à 50 ans.	0
50 à 55 ans.	7
59 ans.	1
64 ans.	1
65 ans.	1
71 ans.	1
73 ans.	1

Il résulte de ce tableau que l'âge de vingt à vingt-cinq ans, puis l'âge de seize à vingt ans, sont les deux

périodes de la vie pendant lesquelles les fièvres continues se montrent le plus fréquemment. Le relevé du dernier trimestre de l'année 1821 nous avait déjà donné un résultat semblable. Sur trente-quatre fiévreux traités, pendant ce trimestre, dans le service de M. Lerminier, on en compta sept de seize à vingt ans, seize de vingt à vingt-quatre ans, six de vingt-quatre à trente ans, deux de trente-un ans, un de quarante-cinq ans, un de cinquante-six ans, et un de soixante-neuf ans.

Cette différence de la fréquence des fièvres selon les âges peut s'expliquer en partie par une différence dans l'action des causes sous l'influence desquelles se développent ces maladies.

Ce sont en effet les individus récemment arrivés à Paris qui en sont spécialement atteints. Des habitudes nouvelles, un genre de vie entièrement différent de celui qu'ils menaient dans leur province, souvent un mauvais régime, la privation même des aliments nécessaires, des fatigues excessives, des vicissitudes de toute espèce, à un âge où le développement physique et moral de l'homme n'est point encore achevé; telles sont les circonstances qui, jusqu'à un certain point, peuvent rendre raison de la prédominance des fièvres, depuis seize ans jusqu'à vingt-cinq ans, parmi les individus qui composent les malades des hôpitaux.

Chez le plus grand nombre, on ne put attribuer à aucune cause immédiate ou occasionelle l'apparition de la fièvre. Quelques uns accusèrent des excès de table, des veilles prolongées, des travaux excessifs; plusieurs étaient restés long-temps exposés à un soleil ardent, ou bien ils avaient reçu une pluie abondante; d'autres avaient

introduit des boissons froides dans leur estomac pendant qu'ils étaient en sueur. Ces diverses causes avaient à peu près produit chez tous le même ensemble de symptômes.

Le début était uniforme. Les malades éprouvaient des lassitudes dans les membres, des douleurs lombaires; un sentiment de faiblesse générale; souvent de la céphalalgie, qui chez les uns s'étendait à toute la tête, et chez les autres se bornait au front ou à l'une des tempes: en même temps ils perdaient l'appétit, leur bouche était pâteuse ou amère; quelques uns avaient des nausées et même des vomissements. Tantôt une diarrhée plus ou moins abondante existait dès le début, tantôt elle ne se montrait que deux ou trois jours après l'apparition des symptômes précédents; et avant qu'elle se manifestât, les selles étaient ordinaires ou nulles. Enfin, dans le plus petit nombre des cas, le dévoiement ne s'établissait pas. Très peu se plaignirent de coliques à cette première époque de leur maladie. Les déjections alvines étaient jaunes ou verdâtres, accompagnées de ténesme, et sanguinolentes chez un très petit nombre.

Très rarement dès le début, et le plus ordinairement deux, trois ou quatre jours après l'invasion, ou même quelquefois au bout d'une ou deux semaines seulement, les malades éprouvaient dans le dos et dans les membres des frissons passagers qui n'avaient rien de régulier sous le rapport de leur durée et de leur retour. Une chaleur plus ou moins forte remplaçait ces frissons, et devenait permanente. La peau restait sèche et brûlante, ou bien se couvrait, soit continuellement, soit par intervalle, d'une sueur abondante. Souvent le redoublement du soir était marqué par un frisson plus ou moins violent,

d'où résultait la forme rémittente. Les malades se sentaient alors beaucoup plus accablés; ils quittaient leur travail, et gardaient le lit ou au moins la chambre. La plupart, dans le but d'arrêter leur dévoiement et de rétablir leurs forces épuisées, buvaient du vin chaud sucré : plusieurs diminuaient effectivement par ce moyen la fréquence des selles; mais en même temps la soif qui les tourmentait devenait plus vive, et la fièvre augmentait. Vaincus par le mal, ils se décidaient enfin, au bout d'un temps plus ou moins long, à entrer à l'hôpital.

Lorsqu'ils se présentaient à notre examen, nous les trouvions dans l'état suivant :

Céphalalgie générale ou partielle, brisement des membres, abattement physique et moral; plus rarement, légère exaltation des idées; aspect de la face variable : tantôt tous ses capillaires étaient fortement injectés; les yeux étaient brillants, animés; les lèvres d'un rouge de feu. Tantôt le pourtour des orbites, du nez et des lèvres offrait une teinte jaune, qui se trouvait souvent réunie avec une forte coloration en rouge des joues. D'autres fois enfin toute la figure était pâle; les traits étaient tirés, fatigués; les yeux exprimaient l'abattement. Les fonctions nutritives étaient surtout lésées : bouche mauvaise, anorexie, soif plus ou moins vive; langue tantôt chargée d'un enduit épais, jaunâtre ou blanchâtre; tantôt rouge à sa pointe et sur ses bords, blanche à son milieu; ou bien présentant une vive rougeur à son centre, que limitaient, de chaque côté, deux longues bandes blanchâtres. Chez d'autres, la langue présentait une couleur rouge uniforme, ou bien cette couleur rouge n'apparaissait que sous la forme de petits points isolés, que

séparait un enduit blanchâtre : cet état comme picoté de la langue semblait surtout coïncider avec une assez vive irritation de l'estomac. Dans un petit nombre de cas, la langue était, dans toute son étendue, d'une belle couleur vermeille, telle qu'elle se présente dans l'état de santé. Dans la très grande majorité des cas, et avec ces différents aspects de la langue indistinctement, le ventre était parfaitement indolent ; la pression exercée sur ses diverses régions ne déterminait aucune sensation pénible. Quelquefois cependant les malades accusaient à l'épigastre, et surtout à la région iliaque droite, une douleur vive que la pression exaspérait. Les selles avaient les caractères que nous avons déjà indiqués ; le plus grand nombre avaient en vingt-quatre heures de cinq à dix évacuations. Chez quelques uns, les déjections alvines étaient beaucoup plus fréquentes ; les malades allaient, en vingt-quatre heures, de quinze à vingt fois à la selle ; quelques autres étaient constipés : le pouls était fréquent ; la peau chaude, sèche chez les uns, halitueuse chez d'autres : la plupart étaient atteints en même temps d'un catarrhe pulmonaire généralement peu intense.

On reconnaît dans cette description la plupart des caractères des fièvres dites inflammatoires, bilieuses ou muqueuses, tels qu'ils sont indiqués dans la Nosographie philosophique. On y reconnaît aussi tous les traits de la gastro-entérite de M. Broussais, avec prédominance de gastrite, d'entérite ou de colite.

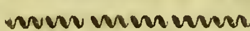
Quelle était ici la méthode de traitement à employer ? Si nous consultons les auteurs, nous voyons les uns, guidés par Stoll, préconiser les vomitifs et les administrer

dans les cas mêmes où la langue est sèche et rouge, la soif ardente, la peau chaude et aride : les ouvrages de Stoll sont pleins d'observations semblables. D'autres, invoquant l'autorité de de Haen, proscrivent dans tous les cas les vomitifs, que de Haen assure n'avoir jamais eu l'occasion d'administrer une seule fois avec avantage dans sa longue pratique. Le meilleur traitement, selon lui, consiste à prescrire l'usage abondant des tisanes adoucissantes et rafraîchissantes. Enfin une école plus moderne regarde aussi comme très pernicieux l'emploi des émétiques; mais elle s'éloigne des principes de de Haen en ce qu'elle cherche à rendre, dans tous les cas, la guérison plus prompte et plus facile par de larges émissions sanguines.

Ces trois modes de traitement ont été essayés par M. Lerminier, selon qu'ils lui ont paru être indiqués par l'ensemble des symptômes. Souvent aussi, afin de pouvoir mieux apprécier la valeur de chacune de ces méthodes thérapeutiques, il les a employées chez des individus placés dans les circonstances les plus semblables possibles.

Depuis le mois de septembre 1821 jusqu'au mois de janvier 1823, soixante-quinze malades, atteints de fièvres continues légères, ont été traités par les simples boissons mucilagineuses ou acidules, quarante-neuf par les vomitifs, et dans quelques cas par les purgatifs, cent trois par les saignées tant générales que locales. Plusieurs des individus rangés dans les deux dernières classes ont été tour à tour saignés et évacués. Nous allons citer un assez grand nombre de ces observations, puis nous en déduirons quelques corollaires sur les avantages

respectifs des trois méthodes thérapeutiques mises en usage. Nous placerons naturellement dans trois sections distinctes les observations où sont exposés les résultats de chaque mode de traitement.



TRAITEMENT PAR LES BOISSONS MUCILAGINEUSES ET ACIDULES.

Ire OBSERVATION.

Une fille de vingt-un ans, femme de chambre, d'une forte constitution, n'habitant Paris que depuis trois mois, sentit, le 8 octobre 1821, sans cause connue, un malaise général; elle perdit l'appétit, et fut prise d'un grand dévoiement. Les huit jours suivants, continuation de la diarrhée, fièvre. La malade ne cessa pas de manger à peu près comme en santé. Entrée à la Charité le 16 octobre, elle avait de la céphalalgie. La face était rouge, la langue blanche, la bouche mauvaise, la soif vive, la région ombilicale douloureuse. La malade avait eu douze selles très liquides depuis vingt-quatre heures. Le pouls était à peine fréquent, la peau peu chaude. Dans l'état de santé les aisselles étaient le siége d'une transpiration très abondante, qui n'avait plus lieu. On prescrivit deux demi-lavements de mauve et de pavot, tisane d'orge gommée, diète absolue. Dans la journée, la malade n'alla que quatre à cinq fois à la selle. Le soir elle eut beaucoup de fièvre. La nuit, de fréquentes nausées la tourmentèrent. Dans la matinée du 17, elle était dans le même état que la veille; son

dévoiement se modéra, elle n'eut pas le soir de redoublement, et dormit assez bien la nuit. Le 18, même prescription, deux bouillons. Il n'y eut qu'une selle dans la journée. Le 19, la malade se trouvait très bien, elle avait appétit. La transpiration de l'aisselle s'était rétablie pendant la nuit. Elle fut mise au quart. Elle sortit le 21.

La guérison chez cette malade fut prompte et facile. A peine fut-elle délivrée du dévoiement et de la fièvre, qu'elle recouvra la plénitude de ses forces et de sa santé. Elle n'eut pas, en quelque sorte, de convalescence. Se serait-elle aussi promptement rétablie, si on l'eût affaiblie par des émissions sanguines?

Remarquons aussi chez cette femme la suppression d'une transpiration partielle habituelle, qui se rétablit avec la santé. Si les symptômes morbides avaient persisté, il eût été rationnel de chercher à rappeler la transpiration des aisselles par l'usage des frictions, des fomentations chaudes, par l'application d'irritants sur cette partie, etc.

Hoffmann a rassemblé dans son grand ouvrage plusieurs exemples remarquables du danger de la suppression des sueurs partielles; ce n'était qu'en les rétablissant qu'on parvenait à faire cesser les maux de tout genre auxquels leur suppression avait donné naissance. (Tom. 3, pag. 184, édit. in-4°.)

IIe OBSERVATION.

Un homme, âgé de vingt-trois ans, assez faiblement constitué, habitant Paris depuis deux ans, ressent,

pendant quatre jours, des fatigues dans les membres, et une forte céphalalgie sus-orbitaire. Il perd l'appétit ; sa bouche est mauvaise. Le cinquième jour, il a du dévoiement ; il éprouve, pour la première fois, une chaleur brûlante, un accablement général ; il s'alite. Le sixième et le septième, il est dans le même état, et boit un peu de vin chaud sucré. Le huitième jour, il est très faible, il a des étourdissements. La douleur de tête est bornée à la tempe gauche ; la langue est blanchâtre, la soif médiocre, le ventre indolent. Huit déjections alvines très liquides et jaunes ont eu lieu dans les vingt-quatre heures. Le pouls est fréquent et fort, la peau moite (*tisane d'orge gommée, diète absolue*). Le neuvième et le dixième jour, l'état est le même. On continue l'usage de la tisane d'orge. Le onzième jour, le devoiement se modère ; la fièvre n'existe plus. Convalescence les jours suivants.

IIIe OBSERVATION.

Un jeune homme de dix-huit ans a une violente indigestion après avoir mangé une grande quantité d'oie. Les quinze jours suivants, il éprouve un état de malaise général : il est sans appétit, il a des nausées, des maux de tête ; il est constipé. Au bout de quinze jours, le pouls s'accélère un peu, la peau devient chaude ; la constipation persiste. Il entre alors à l'hôpital. On le traite comme les malades précédents. Il reste huit à dix jours dans le même état ; puis le pouls perd sa fréquence,

l'appétit revient, le malaise général disparaît, et le malade est rendu à son état de santé habituel.

Il est très vraisemblable que la guérison de cet individu eût été hâtée par l'administration d'un éméto-cathartique.

IVe OBSERVATION.

Un tailleur, âgé de vingt ans, avait passé plusieurs nuits à travailler; il se nourrissait mal : sa maladie avait débuté par une diarrhée abondante. Lorsqu'il entra à la Charité, sa figure était pâle, fatiguée; l'irritation bronchique compliquait chez lui l'irritation intestinale. Plusieurs fois le dévoiement se suspendit pendant un ou deux jours, puis il reparaissait ensuite aussi. La langue se séchait et rougissait de temps en temps. Le malade présenta, pendant trois semaines environ, ces alternatives de bien et de mal. Il ne prit autre chose que la tisane d'orge, des juleps le soir, et quelques lavements de guimauve.

Ve OBSERVATION.

Un commissionnaire, âgé de vingt-deux ans, était malade depuis neuf jours lorsqu'il entra à la Charité. Il avait senti d'abord du frisson, puis une chaleur brûlante et continuelle : il n'avait pas eu de diarrhée. A l'époque de son entrée, la face était calme, la fièvre très modérée, l'état général bon. Cependant, au milieu

de cet ensemble de symptômes qui annonçaient une maladie légère, les dents étaient encroûtées, la langue très sèche et brune. (*Tisane d'orge, lavements émollients.*)

Le lendemain 14 septembre, la langue s'était humectée. Le 16, le pouls avait perdu sa fréquence. Le 17, convalescence.

Cette courte observation est remarquable par le désaccord qui existait en quelque sorte entre l'état de la langue et des dents qui annonçait une affection des plus graves, et l'extrême bénignité des autres symptômes.

VIe OBSERVATION.

Un charbonnier, âgé de quinze ans, à Paris depuis huit mois, fut pris d'un violent frisson peu de temps après avoir bu plus de vin que de coutume. Les jours suivants, grande céphalalgie, douleur au creux de l'estomac, conservation de l'appétit, constipation, alternatives de froid et de chaud. Il était alité depuis quatre jours lorsqu'il entra à l'hôpital. A cette époque, pas de céphalalgie, douleurs à la nuque et aux épaules, rougeur violacée des joues, étourdissements; langue blanche, piquetée, humide; soif peu vive, appétit, coliques légères. Une ou deux selles liquides en vingt-quatre heures, depuis deux jours; pouls fréquent, roide; peau brûlante, sueur de la face. (*Tisanes adoucissantes.*)

Les jours suivants, diminution graduelle des symptômes, et retour progressif à la santé.

VIIe OBSERVATION.

Un journalier, âgé de vingt-huit ans, à Paris depuis cinq ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, sentit, dans la soirée du 20 juillet, après avoir soupé, un grand frisson. Il n'avait fait aucun excès, n'avait éprouvé aucun malaise dans la journée. Depuis ce moment il a éprouvé une chaleur continuelle, sans mélange d'aucun frisson. Il s'est alité, et s'est senti tellement faible, qu'ayant voulu deux fois se lever, il n'a pas pu. En même temps, grande diarrhée; vingt à vingt-cinq selles chaque jour, sans douleur; vomissements bilieux, toux. Entré à l'hôpital le 27 juillet, il présente l'état suivant :

Face rouge, mêlée d'une teinte jaunâtre; air fatigué, langue rouge et sèche, soif, désir des aliments; selles abondantes, semblables à de l'eau, rendues sans douleur ni ténesme, précédées de coliques; pouls de fréquence médiocre, température de la peau peu élevée, chaleur chaque soir, sueurs la nuit. (*Tisane d'orge gommée, acidulée avec le jus de citron; lavement de lin; fomentations d'oxycrat chaud sur le ventre; diète.*)

A peine eut-on commencé à faire les fomentations, que les coliques cessèrent. Dès le lendemain la langue avait repris un aspect à peu près naturel, le dévoiement était beaucoup moindre; il y avait à peine de la fièvre.

Le surlendemain 29, trois selles eurent lieu seulement; la fièvre avait complétement cessé. Les jours suivants, prompt rétablissement.

Cette observation présente un exemple frappant de

l'influence toute-puissante du repos et des soins hygiéniques, bien dirigés, dans la guérison du genre de maladies qui nous occupe.

VIIIe OBSERVATION.

Un cordonnier, âgé de seize ans et demi, à Paris depuis seize mois, a eu déjà de la fièvre et de la diarrhée il y a cinq mois. Le 4 août, sans cause connue, il sentit un malaise général et une forte céphalalgie frontale. Jusqu'au 10, augmentation du malaise; constipation.

État du 10. Face rouge et couverte de sueur, yeux brillants, bouche mauvaise; langue blanchâtre, rouge sur les bords; constipation; pouls fréquent, développé, peau chaude. (*Tisane d'orge, lavement de graine de lin.*)

11. Le malade se sentait mieux. Céphalalgie moindre, même état des voies digestives, pouls fréquent, peau chaude et sèche.

12. Diarrhée pour la première fois, langue moins rouge, persistance de la fièvre.

13. Continuation de la diarrhée, langue rouge et sèche, fièvre moindre.

14. Sueur abondante; langue blanche, humide; diarrhée moindre, pouls à peine fréquent.

15. Cessation de la diarrhée, quelques taches pétéchiales sur la poitrine et l'épigastre, agitation la nuit, augmentation de la fréquence du pouls et de la chaleur de la peau.

Du 15 au 20 des sueurs très abondantes eurent lieu,

les taches pétéchiales s'effacèrent, le pouls perdit sa fréquence. Le 21, le malade était très bien.

Cette maladie assez grave fut uniquement traitée par les délayants; on eut soin d'écarter seulement tout ce qui aurait pu contrarier la marche de la nature. Dans le début, l'estomac parut spécialement atteint; plus tard, le gros intestin s'irrita à son tour; l'apparition des taches pétéchiales coïncida avec une augmentation de la fièvre: on put alors redouter le développement de symptômes ataxo-adynamiques; mais heureusement les sueurs abondantes qui survinrent parurent produire la résolution de la maladie. Il est très vraisemblable que, si un traitement actif eût été employé, un autre ensemble de phénomènes se serait présenté; la maladie aurait eu peut-être une autre marche, d'autres symptômes et un autre mode de terminaison.

IXe OBSERVATION.

Le malade qui en fait le sujet était un serrurier âgé de dix-huit ans, bien constitué, qui, sans cause connue, était atteint depuis treize jours de diarrhée et de fièvre lorsqu'il entra à la Charité. A cette époque, il se plaignit d'étourdissements, de nausées; sa langue était blanchâtre. (*Tisane d'orge.*) Même état les deux jours suivants.

Dans la soirée du 16e au 17e jour, le malade eut pour la

première fois une sueur abondante. Le lendemain matin, apyrexie complète, cessation de la diarrhée. Très bien les jours suivants.

Nous avons cité cette courte observation comme se rapprochant de la précédente par la sueur critique qui marqua la terminaison de la maladie.

Xe OBSERVATION.

Un marchand de melons, âgé de vingt-deux ans, à Paris depuis trois mois, eut, il y a quinze jours, une légère diarrhée qui cessa bientôt. Mais depuis ce temps, malaise général, diminution des forces ; enfin, depuis huit jours, frisson tous les deux jours à six heures du soir, suivi de chaleur et de sueur. Entré le 14 août, il est dans l'état suivant :

Langue un peu animée, bouche sèche, peu d'appétit, constipation; éruption nombreuse de petites vésicules miliaires, transparentes, pressées les unes contre les autres à la région épigastrique (*sudamina*). Pouls fréquent, peau moite, toux légère. (*Tisane d'orge.*)

Le soir, pas de frisson, mais sueur très abondante toute la nuit.

Le 15 les *sudamina* étaient très multipliés ; ils couvraient tout le ventre : plusieurs, de la largeur d'une lentille, formaient une cloche ressemblant en petit à celle d'un vésicatoire. Même état du reste.

Sueur abondante sans frisson initial dans la nuit du 15 au 16.

Le 16 de nombreux *sudamina* existaient à la poitrine, autour des aisselles, et sur les cuisses. La langue était rouge et humide, la soif peu vive, le ventre indolent. Deux selles liquides avaient eu lieu. Le pouls, facilement déprimable, battait quatre-vingts fois par minute.

17. Même état. — 18. Continuation des sueurs, fièvre, langue à peu près naturelle, une seule selle. Plusieurs des vésicules, réunies en une seule, constituaient de larges ampoules.

Nous trouvâmes le lendemain un grand nombre de ces vésicules rompues. Le 20, elles avaient en grande partie disparu, il n'y avait plus de fièvre, les sueurs avaient cessé, le malade était très bien.

Cette fièvre, d'abord rémittente, se transforma ensuite en continue simple avec un redoublement très marqué chaque soir.

Les *sudamina* furent remarquables par leur nombre et par leur grandeur. Aussi considérable, ce genre d'éruption ne peut guère être considéré comme le simple résultat mécanique d'une transpiration cutanée très abondante : il semble qu'on doive le regarder comme une affection particulière de la peau. Maintefois, en effet, nous avons observé des sueurs aussi copieuses et aussi prolongées chez des individus dont la peau ne s'est jamais couverte de *sudamina*.

XIe OBSERVATION.

Un menuisier, âgé de vingt-un ans, fit, le 5 août,

un excès de travail. Depuis ce temps, symptômes de courbature, forte douleur à la région lombaire, conservation de l'appétit. Il continua cependant à travailler jusqu'au 16. Le 17, il entra à la Charité.

Le 18, il avait de la fièvre; il avait sué abondamment toute la nuit. La langue avait son aspect naturel. Trois selles sans colique avaient eu lieu depuis vingt-quatre heures; jusqu'alors le malade avait été constipé. (*Tisane d'orge.*)

19. Nous aperçûmes sur toute la partie antérieure du thorax et sur l'épigastre de larges taches rouges arrondies ou ovalaires, isolées ou confluentes; elles disparaissaient momentanément par la pression, ne causaient aucune démangeaison. Le malade ne s'était pas même aperçu de leur existence.

Le lendemain, 20, elles avaient à peu près complétement disparu. La fièvre persistait. Deux selles. Du 21 au 23 le pouls perdit sa fréquence; et le malade, rendu à la santé, sortit le 24.

Nous voyons ici un exemple de ces éruptions infiniment variées dont la peau devient le siége dans les fièvres, et qui paraissent n'avoir le plus souvent qu'une influence fort douteuse sur leur terminaison plus ou moins prompte.

Nous avons cru inutile de multiplier davantage les observations semblables aux précédentes. Nous allons suivre maintenant les mêmes maladies traitées par l'emploi des émissions sanguines, soit générales, soit locales.



§ II. TRAITEMENT PAR LES ÉMISSIONS SANGUINES.

XIIe OBSERVATION.

Un boulanger, âgé de dix-huit ans, d'une forte constitution, avait soupé comme à son ordinaire, le 28 octobre. Trois heures après, il fut pris d'une forte céphalalgie sus-orbitaire; il se sentit étourdi; puis il eut un frisson violent, qui fut suivi de chaleur et de sueur. Le lendemain, 29, la fièvre était très forte; le malade alla dans la journée plus de trente fois à la selle. Le ventre était indolent. Cet état persista les deux jours suivants. Entré à la Charité le 1er novembre, le malade était, le 2, dans l'état suivant.

Céphalalgie, face rouge, yeux brillants, faiblesse générale; langue jaunâtre, un peu sèche; soif. Dévoiement aussi abondant que dans l'origine; déjections alvines aqueuses, non accompagnées de ténesme; ventre indolent; pouls développé, médiocrement fréquent; chaleur de la peau peu intense. (*Trente sangsues à l'anus. Tisane d'orge gommée. Diète absolue.*)

La diarrhée fut notablement diminuée; le malade n'alla dans les vingt-quatre heures suivantes que quatre fois à la selle. La nuit, il ressentit une chaleur brûlante, il ne sua pas.

Dans la matinée du 3 novembre, la céphalalgie n'existait plus; mais la langue était sèche, le pouls fort, la peau chaude et aride. Ainsi, malgré la diminution notable de la diarrhée, due sans doute à l'émission sanguine de l'anus, la fièvre avait augmenté. Une saignée

de deux palettes fut pratiquée, la même tisane fut continuée, une diète sévère fut recommandée.

Le dévoiement reparut plus considérable que la veille (huit à neuf selles). Il y eut beaucoup d'agitation pendant la nuit.

Dans la matinée du 4, la fièvre persistait. La langue était humide et rouge, le ventre toujours indolent. Dix nouvelles sangsues furent appliquées à l'anus. Comme les premières, elles eurent sur le dévoiement une influence non douteuse : aucune selle n'eut lieu jusqu'au lendemain matin 5 novembre, neuvième jour de la maladie. La nuit avait été calme. La langue avait perdu sa rougeur; la peau était un peu chaude, et le pouls à peine fréquent. Le malade se trouvait infiniment mieux. Les jours suivants, l'amélioration fut rapide, le dévoiement ne reparut pas, et cet homme sortit bien portant le 10 novembre.

Nous voyons dans cette observation les symptômes morbides s'aggraver d'abord, la fièvre devenir plus forte, la langue rougir, etc., malgré l'emploi très actif du traitement antiphlogistique. Cependant cette exaspération ne fut heureusement que momentanée; et après la deuxième application de sangsues, tout s'amenda d'une manière sensible. La saignée dérivative de l'anus fut ici beaucoup plus efficace pour modérer et arrêter le dévoiement que la saignée de la veine.

XIIIe OBSERVATION.

Un boulanger, âgé de vingt-quatre ans, assez fortement constitué, n'habitant Paris que depuis trois mois, a, depuis ce temps, de fréquents dévoiements. Le 28 octobre, il est pris, sans cause connue, d'une diarrhée abondante et de fièvre. Même état jusqu'au 2 novembre. Entré alors à la Charité, il accuse une forte céphalalgie sus-orbitaire, des tintements d'oreille, des douleurs de reins. La face a une teinte jaune. La bouche est mauvaise, la soif vive, la langue rouge, un peu sèche. Le ventre est douloureux autour de l'ombilic. Trois déjections alvines, liquides et jaunes, ont eu lieu depuis vingt-quatre heures. Le pouls est fréquent et plein, la peau chaude. On prescrit quinze sangsues à l'anus, la tisane d'orge et la diète.

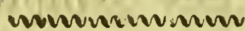
Le 3 novembre, le malade était à peu près dans le même état. Il avait été deux fois à la selle. La langue était plus sèche.

Le 4 novembre, le dévoiement avait augmenté (5 selles); la langue, toujours rouge, s'était humectée; la fièvre persistait. Dix nouvelles sangsues furent appliquées à l'anus, la tisane d'orge fut continuée.

Le lendemain (huitième jour), la fièvre n'existait plus. Le ventre était indolent. Une seule évacuation alvine avait eu lieu. La langue conservait sa rougeur. Le malade se trouvait très bien; il avait appétit. Les jours suivants, il alla de mieux en mieux.

Chez ce malade, les symptômes morbides ne s'amen-

dèrent qu'après la deuxième application de sangsues. Soumis à un traitement simplement adoucissant, il est douteux qu'il eût été guéri aussi promptement.



XIVe OBSERVATION.

Un serrurier, âgé de vingt-un ans, à Paris depuis deux mois, avait, depuis quinze jours, un dévoiement abondant (dix à douze selles en vingt-quatre heures), des nausées fréquentes, une anorexie complète, lorsqu'il entra, le 10 novembre, à la Charité. Alors la face était rouge, la langue blanche; une fièvre assez forte existait. Trente sangsues appliquées à l'anus modérèrent le dévoiement d'une manière remarquable; le malade n'alla que trois fois à la selle.

Le lendemain matin, le pouls était encore fréquent. Quinze nouvelles sangsues furent prescrites. Le dévoiement cessa entièrement. Dans la matinée du 13, le malade n'avait plus de fièvre; il se trouvait très bien; il demandait à manger. Il sortit le 17 novembre.



XVe OBSERVATION.

Un tailleur, âgé de vingt-cinq ans, à Paris depuis dix-huit mois, se portant habituellement bien, cheveux noirs, peau brune, quitta prématurément un gilet de laine qu'il avait porté pendant l'hiver. Saisi par le froid, il s'enrhuma, et fut pris en même temps de dévoiement. Il garda le lit pendant trois jours, ne prenant que des

tisanes, puis il entra à la Charité le 30 mars. A cette époque, yeux brillants, bouche mauvaise, légère douleur abdominale, dévoiement modéré, fièvre peu intense. La bénignité des symptômes était telle qu'un simple traitement délayant fut prescrit.

Du 1er au 3 avril, même état; langue jaunâtre.

Le 3, augmentation de la diarrhée et de la fièvre, bouche pâteuse, langue blanche, ventre un peu douloureux à la pression. (*Douze sangsues à l'anus.*) Cette application de sangsues eut l'effet qu'on en attendait. Dès le lendemain, l'apyrexie était complète; et au lieu de neuf à dix selles, le malade n'en avait eu que deux en vingt-quatre heures. Il alla de mieux en mieux les jours suivants.

XVIe OBSERVATION.

Un serrurier en bâtiments, âgé de dix-huit ans, d'une assez faible constitution, habitant Paris depuis trois mois, fut pris de diarrhée le 1er septembre sans cause connue. Elle persista les jours suivants; en même temps violente céphalalgie; grand abattement physique et moral. Le 7 septembre, le malade présenta l'état suivant:

Face pâle; céphalalgie frontale; pouls fort, fréquent, peau chaude, langue rouge, bouche mauvaise, anorexie; selles abondantes, aqueuses; ventre indolent. (*Saignée de trois palettes; tisane d'orge gommée.*) Le sang se couvrit d'une couenne épaisse.

Le lendemain 8, la céphalalgie n'existait plus. Le malade avait goûté un sommeil tranquille pendant la

nuit. La langue avait perdu sa rougeur; elle était blanchâtre. Le dévoiement n'avait pas diminué (dix selles). Le pouls peu fréquent était d'une dureté remarquable et irrégulier. De temps en temps, deux ou trois battements se précipitaient; d'autres fois, il y avait un temps d'arrêt. Cet état du pouls ne semblait pas dépendre de la maladie actuelle; il paraissait plutôt devoir être rapporté à une lésion du cœur; cependant celle-ci n'était point apparente par l'auscultation. Le malade assurait n'avoir jamais senti d'oppression. (*Bourrache gommée; lavement émollient*).

9 et 10 : persistance de l'irrégularité du pouls; fièvre; aspect naturel de la langue; dévoiement aussi abondant. (*Huit sangsues à l'anus*, le 10.)

Les jours suivants, la fièvre et la diarrhée diminuèrent peu à peu. (*Tisanes adoucissantes; diète.*) Le malade ne reprit ses forces que lentement. Il quitta l'hôpital encore pâle et assez faible, le 26 septembre. A cette époque, le pouls conservait toujours son irrégularité.

Chez ce malade, la saignée générale modéra l'intensité des symptômes généraux, fit disparaître la rougeur de la langue, mais ne diminua pas la diarrhée. Les sangsues appliquées à l'anus parurent être au contraire plus avantageuses sous ce dernier rapport. La fièvre se montra, s'accrut, diminua, et disparut avec la diarrhée.

XVIIe OBSERVATION.

Un jardinier, âgé de vingt-cinq ans, ayant de l'embonpoint, des muscles assez développés, mais des chairs molles, était malade depuis huit jours, lorsqu'il entra à l'hôpital, au commencement du mois d'avril. Il avait eu d'abord un violent frisson auquel avait succédé une chaleur brûlante qui n'avait pas cessé depuis. En même temps, nausées, perte d'appétit. Lorsque nous le vîmes pour la première fois, il avait de la fièvre; il toussait, et accusait une douleur à la partie latérale inférieure droite du thorax. Sa respiration était libre; la poitrine percutée et auscultée ne présenta rien à noter. L'expectoration était purement catarrhale. La langue, recouverte à son milieu d'un enduit blanchâtre, était rouge à sa pointe. Aucune selle n'avait eu lieu depuis le début de la maladie.

La fièvre, chez cet individu, paraissait entretenue par la double irritation des muqueuses pulmonaire et intestinale. Il était douteux que la douleur thorachique dépendît d'une phlegmasie de la plèvre. Elle fut combattue toutefois par l'application de quinze sangsues sur le côté douloureux. On pratiqua en outre une saignée de deux palettes, dans le but de détruire l'éréthisme général qui existait. Le redoublement du soir fut sensiblement moins marqué que les jours précédents. La saignée n'offrit pas de couenne. Une sueur abondante eut lieu toute la nuit pour la première fois.

Le lendemain 11, la douleur de côté avait disparu; la fièvre persistait; la toux était moindre. (*Tisane de violette.*)

Le 12, le malade demandait des aliments. Jusqu'au 15, aucun changement n'eut lieu.

Le 15, la fièvre était plus forte que les jours précédents; face rouge, grande céphalalgie; épistaxis, langue animée; dévoiement pour la première fois (5 selles); toux plus fréquente. Cette recrudescence des symptômes fut combattue par l'application de vingt-quatre sangsues à l'anus.

Dès le lendemain, fièvre plus modérée; diminution de la diarrhée (2 selles); épistaxis.

Les jours suivants, le malade eut chaque matin une épistaxis peu abondante. Le dévoiement s'arrêta, la langue fut humide et vermeille; le malade mangeait avec plaisir de légers potages; mais la toux ne cessait pas, non plus que la fréquence du pouls. Il y avait chaque nuit d'abondantes sueurs; l'haleine était un peu courte; l'expectoration était purement catarrhale; la percussion et l'auscultation ne donnaient aucun nouveau renseignement.

Le malade resta dans cet état jusqu'au commencement du mois de mai : il voulut alors sortir. Un vésicatoire avait été appliqué au bras.

M. Lerminier pensa que la cause de la persistance de la fièvre résidait chez cet individu dans une dégénération tuberculeuse commençante des poumons.

Les observations précédentes ont été surtout consacrées à montrer les effets de l'application des sangsues à l'anus. Le plus souvent leur utilité a été évidente; mais quelquefois aussi leur influence a été douteuse ou nulle.

Nous allons voir maintenant les mêmes maladies traitées spécialement par les saignées générales.

XVIIIe OBSERVATION.

Un homme de trente-un ans, taillandier, à Paris depuis quatre ans, peau brune, cheveux noirs, muscles peu développés, se portant habituellement bien, éprouve, le 16 octobre, une tension douloureuse de la joue droite; il continue à travailler; cette tension augmente le jour suivant; il croit avoir un peu de fièvre. Il a de la céphalalgie, du dégoût pour les aliments. Le 18, la fluxion disparaît; mais il ressent une assez vive douleur à la partie latérale inférieure droite de la poitrine et aux lombes. Il s'alite le 20 octobre, et boit une tisane délayante. Entré à l'hôpital le 22, il est dans l'état suivant.

Céphalalgie sus-orbitaire; teinte jaune de la face; yeux appesantis; brisement des membres; douleur au niveau des trois dernières côtes; s'étendant de là au flanc droit et aux lombes, augmentant par la pression et par la toux, mais non par les mouvements d'inspiration. Langue rouge; soif; bouche mauvaise; ventre indolent; constipation. Pouls fort, peu fréquent; chaleur douce de la peau; respiration libre; toux légère; crachats de catarrhe aigu; percussion sonore partout; râle sibilant des deux côtés au-dessous des clavicules (indice d'un simple catarrhe pulmonaire). (*Douze sangsues au côté droit de la poitrine; saignée de deux palettes; infusion de violette*).

Le 23, le sang, tiré la veille, est réuni en un caillot

peu consistant ; sans couenne. Le malade a assez bien dormi; la douleur de côté a disparu, ainsi que la céphalalgie; la langue a perdu sa rougeur; la soif est moindre; le ventre est le siége de fréquents borborygmes. Il n'y a pas eu de selle; la toux a cessé; le pouls est fort, toujours un peu fréquent; de légères sueurs ont apparu la nuit pour la première fois (nuit du 7e au 8e jour). Le 24, le malade se trouve très bien; il a encore un peu sué la nuit. Il est tout-à-fait sans fièvre ; il a faim. (*Bourrache oxymélée; deux crèmes de riz; deux bouillons.*) Le 25, sueurs copieuses la nuit : elles n'ont plus lieu les jours suivants. Le malade, qui se plaint de borborygmes incommodes et de constipation, prend, pendant deux jours, deux verres d'un apozème purgatif. Il quitte l'hôpital le 1er novembre.

La fièvre continue qui fait le sujet de l'observation précédente débuta par une fluxion de la joue droite, qui, au bout de trois jours, fut remplacée par une douleur des parois thorachiques et du flanc du côté droit. Il y avait en même temps fièvre, céphalalgie, anorexie, toux, teinte jaune de la face. Stoll eût désigné cet ensemble de symptômes sous le nom de pleurésie bilieuse, et il aurait administré un vomitif; mais la douleur ne nous paraît avoir résidé que dans les parties extérieures de la poitrine, et la toux était le résultat d'un simple catarrhe pulmonaire.

Des sueurs, survenues dans la nuit du septième au huitième jour, et persistant les jours suivants, parurent juger la maladie.

La double évacuation de sang, locale et générale, en

hâta la résolution. La douleur de côté céda à l'application des sangsues.

XIXe OBSERVATION.

Un domestique, âgé de vingt-quatre ans, à Paris depuis six mois, servait dans une maison où il se fatiguait chaque jour beaucoup. Pendant le mois de juin, il sentit des maux de reins, de la céphalalgie, et il perdit l'appétit. Peu à peu le malaise augmenta, et il s'alita dans les derniers jours du mois de juin. Entré à l'hôpital le 1er juillet, il présenta l'état suivant.

Céphalalgie frontale; affaissement des traits; langue animée; bouche mauvaise; soif; rapports; ventre douloureux aux environs de l'ombilic. Quatre à cinq selles en vingt-quatre heures depuis une huitaine de jours; pouls médiocrement fréquent, peau moite, toux assez intense depuis deux à trois jours; crachats de catarrhe aigu. (*Saignée de trois palettes, tisane d'orge.*)

Le sang tiré de la veine se présenta sous la forme d'un large caillot sans couenne, ni sérosité. — Le soir, violent frisson depuis neuf jusqu'à dix heures; sueur toute la nuit.

Le lendemain 2, langue à peu près naturelle; soif moindre; cinq selles; ventre à peu près indolent; toux plus rare, moins pénible. (*Tisane d'orge.*)

Jusque vers le 15 juillet, le malade eut tous les deux jours du frisson chaque soir entre huit et dix heures, et d'abondantes sueurs toute la nuit. Hors le temps de ces accès, le pouls restait fréquent, et la peau chaude. Un dévoiement assez léger persistait. (Cinq à six selles

au plus, liquides, séreuses, peu abondantes, en vingt-quatre heures.) La langue avait un aspect assez naturel; le catarrhe pulmonaire n'augmenta ni ne diminua; les mêmes boissons furent continuées.

Après le 15 juillet, les redoublements avec frisson disparurent; le pouls resta fréquent jusque vers le 25 juillet. A cette époque, la toux n'existait plus; mais le dévoiement n'avait pas diminué. Il fut combattu par l'eau de riz gommée, et par une diète assez sévère. Il ne céda entièrement que le 6 août. Il n'y avait plus aucun vestige de fièvre depuis le 25 juillet.

Ainsi le trouble de la circulation, qui avait été porté à un haut degré lorsqu'il y avait en même temps inflammation des muqueuses bronchique et gastro-intestinale, diminua à mesure que ces diverses inflammations s'amendèrent; et il cessa avant la disparition complète de la phlegmasie du gros intestin.

Nous allons voir encore dans l'observation suivante un exemple de diarrhée non enlevée par la saignée de la veine, et persistant après l'extinction de la fièvre.

XXe OBSERVATION.

Un maçon, âgé de dix-huit ans, tempérament lymphatique, à Paris depuis sept mois, fut pris, quatorze jours avant son entrée à la Charité, d'un très grand dévoiement (plus de trente selles en vingt-quatre heures) qui persiste depuis ce temps. Lorsque le malade fut reçu à l'hôpital, il paraissait faible; ses traits étaient abattus, sa

face pâle, ses yeux appesantis, le ventre était douloureux, le pouls fréquent et faible, la langue blanche à son centre, rouge sur ses bords.

Malgré cet état de faiblesse apparente, une saignée de quatre palettes fut pratiquée. (*Fomentations de guimauve sur l'abdomen; tisane d'orge gommée.*)

Le lendemain, 21 septembre, le dévoiement était notablement diminué (dix selles), les traits étaient relevés, la langue présentait un aspect à peu près naturel, le pouls était faible et fréquent, la peau sans chaleur.

Le 22, le malade accusait une vive douleur à l'épigastre. Douze sangsues furent appliquées sur cette région, elles enlevèrent la douleur.

A dater de ce jour le pouls perdit sa fréquence, mais le dévoiement persista. Le malade avait, dans chaque vingt-quatre heures, de huit à dix évacuations alvines. (*Décoction blanche, eau de riz gommée, acidulée avec l'eau de rabel. Lait de poule, bouillons pour toute nourriture.*) Lorsque ce régime avait été rigoureusement observé pendant quelques jours de suite, le nombre des selles était réduit à trois ou quatre; mais, dès que le malade essayait de manger un peu, la diarrhée reparaissait aussi abondante. Il sortit enfin guéri le 13 octobre.

Beaucoup de praticiens n'auraient certainement pas osé tenter une saignée générale chez un homme qui paraissait aussi profondément affaibli; cependant les forces se relevèrent d'une manière non douteuse après l'émission sanguine.

Le mouvement fébrile cessa aussitôt que des sangsues eurent été appliquées à l'épigastre.

XXIe OBSERVATION.

Un papetier, âgé de 17 ans, tempérament lymphatico-sanguin, était malade depuis cinq à six jours lorsqu'il entra à la Charité. Il présentait alors la plupart des symptômes qui caractérisent une fièvre inflammatoire: face rouge, yeux brillants; peau chaude et sèche, pouls plein, fréquent, langue blanche, piquetée de petits points rouges; douleur épigastrique, pas de selle depuis le début de la maladie, épistaxis chaque jour; la nuit même qui suivit son entrée, le malade délira. (*Saignée de quatre palettes, tisane d'orge gommée, lavement émollient.*) Le sang tiré de la veine se réunit en un large caillot sans sérosité ni couenne. Dans la journée, aucun amendement n'eut lieu. Délire le soir et toute la nuit.

Le lendemain, 11 août, les facultés intellectuelles avaient repris leur netteté. La chaleur âcre de la peau, la dureté, la plénitude et la fréquence du pouls persistaient; la langue blanchâtre ne présentait point la moindre rougeur. L'abdomen, dans ses différentes régions, était légèrement douloureux à la pression; une seule selle dure avait eu lieu à la suite du lavement. Une deuxième saignée fut pratiquée; le sang se montra semblable à celui qui avait été tiré la veille.

Dans l'après-midi la fièvre tomba, la nuit fut calme.

Le lendemain matin 12, le pouls avait perdu sa fréquence; une légère moiteur couvrait la peau pour la première fois. Cette moiteur continua une grande partie de la journée.

A dater de ce moment la fièvre ne reparut plus, et le malade se rétablit promptement.

Cette observation présente à remarquer

1° Les bons effets de la deuxième saignée tandis que la première n'avait été suivie d'aucun résultat avantageux.

2° La sueur critique qui se manifesta en même temps que la fièvre cessa.

Nous allons voir dans l'observation suivante la fièvre persister après la cessation de toute espèce de symptôme local.

XXIIe OBSERVATION.

Un garçon cuisinier, âgé de 21 ans, était sujet depuis un an à de fréquents étourdissements. Depuis cinq jours ces étourdissements étaient devenus continuels et plus intenses. En même temps malaise général, anorexie. Lorsqu'il entra à la Charité, 27 septembre, sa face était rouge, ses yeux brillants et animés; la langue tendait à se sécher; les selles étaient ordinaires, le pouls était fréquent et plein, la peau chaude et halitueuse. (*Saignée de quatre palettes, tisane d'orge.*)

28. Mêmes symptômes : deuxième saignée. Le sang de l'une et de l'autre se couvrit d'une couenne épaisse.

29. La langue avait repris un aspect naturel : la soif était modérée; le ventre souple, indolent; les selles étaient telles qu'elles existent dans l'état de santé; les étourdissements avaient cessé; il n'y avait rien du côté de la poitrine. Cependant, au milieu de cette absence de toute espèce de symptôme d'une maladie locale, le pouls conservait sa fréquence, et la peau sa chaleur.

Cette fièvre diminua peu à peu les jours suivants, et

s'éteignit enfin sans qu'aucun phénomène critique ait apparu, et sans que le malade ait pris autre chose que la tisane d'orge.

XXIIIe OBSERVATION.

Un boulanger, âgé de 23 ans, à Paris depuis trois ans, a depuis six jours de la diarrhée (cinq ou six selles en vingt-quatre heures), de légères coliques et de la fièvre. Il éprouve de plus une forte douleur au genou gauche, sans tuméfaction ni rougeur; il tousse un peu. Le 5 novembre, jour de l'entrée du malade à la Charité, la face est animée, la langue rouge, la soif vive, la peau chaude, le pouls fréquent et fort. (*Tisane de violette gommée, saignée de quatre palettes, douze sangsues autour du genou gauche.*)

Le 6, la toux avait disparu; la douleur du genou était moindre; le dévoiement et la fièvre persistaient, aussi intenses que la veille. Le sang tiré de la veine n'offrit pas de couenne. (*Tisanes adoucissantes, cataplasme émollient sur le genou, un bouillon.*)

Le 7, le dévoiement avait augmenté (10 selles). La langue était rouge à la pointe; la fièvre était considérable; la peau était très sèche; la douleur du genou était presque nulle. Une deuxième saignée fut prescrite. Le sang n'offrit pas plus de couenne que la première fois. Aucune amélioration n'eut lieu les quatre jours suivants. Le pouls conservait sa force et sa grande fréquence. La chaleur de la peau était brûlante et âcre. La diarrhée ne diminuait pas. (*Diète, tisanes adoucissantes.*)

Le 12 novembre, tout s'était amendé. La peau était moite pour la première fois, le pouls plus souple et moins fréquent; la langue avait perdu sa rougeur; le malade n'avait eu que trois selles dans les dernières vingt-quatre heures; il sentait un grand soulagement. Le 13, même état. Le 14, la fièvre était légère; une seule selle avait eu lieu. Le 15, le pouls était à peu près revenu à son état naturel. Le 16, le malade était convalescent.

Aucun amendement ne suivit ici les deux saignées générales, pratiquées à peu de distance l'une de l'autre. La maladie conserva toute son intensité jusqu'au douzième jour.

L'amélioration qui eut lieu à cette époque coïncida avec l'apparition d'une sueur. Le rétablissement complet ne se fit pas long-temps attendre.

XXIVe OBSERVATION.

Un cordonnier, âgé de dix-sept ans, d'une assez faible constitution, n'habitant Paris que depuis huit jours, éprouva, le 19 novembre, sans cause connue, des étourdissements, des maux de tête et de reins, des alternatives de froid et de chaud; il perdit l'appétit. Cet état persista les trois jours suivants. Le malade continua à travailler. Le 23, il eut des nausées, quelques coliques, et un léger dévoiement (trois selles liquides). Il resta dans cet état jusqu'au 27. Il entra alors à la Charité. La céphalalgie n'existait plus. La langue était un peu sale, la bouche pâteuse, la soif assez vive, l'appétit nul, le ventre indolent

et souple. Deux déjections alvines, liquides, avaient eu lieu depuis vingt-quatre heures. Il y avait beaucoup de fièvre. (*Saignée de trois palettes, tisane d'orge gommée.*)

Le 28, aucun changement ne s'était opéré. Le 29, réaction générale très forte, deuxième saignée. Ni l'une ni l'autre n'offrit de couenne.

Le 30, le dévoiement était plus considérable (six selles). L'état saburral de la langue persistait ; la fièvre était intense ; le malade avait sué la nuit.

Du 1er au 7 décembre, les symptômes précédents ne diminuèrent ni n'augmentèrent. La tisane d'orge gommée était le seul médicament que prît le malade : on lui accordait quelques bouillons. Du 7 au 14 décembre, il prit de l'eau de riz gommée. Le dévoiement diminua un peu ainsi que la fièvre. Le dégoût pour les aliments était extrême. Du 14 au 18 décembre, la fréquence du pouls diminua notablement ; la diarrhée se modéra ; les forces se rétablirent. Le malade marcha lentement vers la convalescence, et se trouva enfin en état de sortir le 15 décembre.

Chez ce malade, comme chez le précédent, la diarrhée et la fièvre persévérèrent, et même augmentèrent après deux saignées générales. Mais ici aucun phénomène critique n'abrégea le cours de la maladie ; elle s'usa en quelque sorte d'elle-même et peu à peu. L'état saburral de la langue était très prononcé, tandis que chez le sujet de la vingt-troisième observation, la langue était rouge. Quel effet aurait produit un vomitif ? L'intensité de la fièvre et de la réaction générale en contre-

indiquait-elle l'emploi? Les faits nous serviront plus tard à répondre à ces questions.

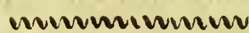
Nous terminerons ces observations, qu'il nous eût été facile de multiplier à l'infini, par l'histoire d'un malade chez lequel la complication d'une phlegmasie pulmonaire nécessita impérieusement l'emploi de plusieurs émissions sanguines.

XXVe OBSERVATION.

Un serrurier, âgé de vingt-trois ans, habitant Paris depuis deux mois, jouissant habituellement d'une bonne santé, eut une indigestion il y a dix jours, après avoir bu du mauvais vin; dans la nuit même, il vomit et alla plusieurs fois à la selle. Les jours suivants, persistance de la diarrhée; frisson chaque soir; sueur la nuit; chaleur brûlante, grand malaise pendant le jour.

Lors de son entrée à l'hôpital, face un peu rouge, langue sale, légèrement rouge à la pointe; bouche mauvaise, ventre développé, deux ou trois selles, peau brûlante, pouls peu fréquent, toux forte et fréquente, crachats de catarrhe aigu. (*Saignée de deux palettes.*) Le sang ne présenta pas de couenne. Mais le lendemain, les crachats avaient acquis de la viscosité, et une légère teinte rouillée. La poitrine percutée résonnait bien partout; partout aussi la respiration était nette; il n'y avait qu'une légère dyspnée. Cependant, d'après le caractère des crachats, l'existence d'une pneumonie n'était pas douteuse; le pouls avait acquis plus de fréquence. Deuxième saignée. Celle-ci offrit une couenne épaisse; les crachats, toujours visqueux, avaient perdu leur teinte rouillée; la

fièvre était intense; la langue rouge tendait à se sécher; la diarrhée continuait. Cet ensemble de symptômes inflammatoires fut combattu par une troisième saignée. Elle présenta une couenne aussi épaisse que la seconde; l'amélioration qui la suivit fut remarquable. Le lendemain, 21 septembre, les crachats étaient redevenus ceux du simple catarrhe, la langue avait repris son humidité et une belle couleur vermeille; le pouls n'avait plus qu'une très médiocre fréquence; une légère moiteur couvrait la peau; la diarrhée n'avait pas diminué. Le malade sortit bien portant le 29.



§ III. TRAITEMENT PAR LES ÉVACUANTS (VOMITIFS ET PURGATIFS).

Les observations particulières que nous allons maintenant rapporter n'apprendront rien, sans doute, aux praticiens éclairés par une longue expérience; mais nous pensons qu'elles ne seront ni sans intérêt ni sans utilité pour beaucoup de jeunes médecins qui, plus ou moins exclusivement attachés aux principes de la nouvelle doctrine physiologique, craignent les effets des purgatifs, et surtout des vomitifs, dans ces mêmes circonstances où des succès trop nombreux pour être contestés semblent en commander l'emploi.

Nous divisons en trois classes les malades qui ont été traités par la méthode évacuante. Nous rangeons dans la première classe ceux qui, n'ayant qu'un léger mouvement fébrile, ou étant même sans fièvre, présentaient

cet ensemble de symptômes qui a été désigné sous le nom *d'embarras gastrique et intestinal*. C'est à ces malades qu'Hippocrate prescrit d'administrer un vomitif. (Aph. 17, sect. 4).

Nous plaçons dans une seconde classe les malades qui, offrant à peu près les mêmes symptômes que les malades précédents, avaient de plus une fièvre assez forte.

Enfin une troisième classe comprend les individus chez lesquels, selon la pratique de Stoll, l'administration des vomitifs fut tentée, bien que la langue présentât une couleur rouge intense, et qu'elle tendît à se sécher.

Chacune de ces trois classes nous a fourni un grand nombre d'observations; nous nous contenterons d'en retracer quelques unes.

XXVIe OBSERVATION.

Un jeune homme de dix-sept ans, habitant Paris depuis son enfance, présentait, lors de son entrée à la Charité, les symptômes de cet état de l'économie qui a été désigné sous le nom de *courbature avec embarras gastrique*. Il avait perdu l'appétit depuis quinze jours; il éprouvait un sentiment de malaise général, une forte céphalalgie sus-orbitaire. Il se plaignait d'une douleur épigastrique constante et de constipation. La langue était jaunâtre, la bouche pâteuse. Il y avait absence complète de fièvre. Vainement le malade avait-il eu recours aux boissons délayantes et adoucissantes; son état ne s'était point amélioré. Deux grains d'émétique lui furent don-

nés ; des évacuations abondantes eurent lieu par haut et par bas. Au bout de vingt-quatre heures, tous les symptômes morbides avaient disparu, et le malade était rendu à son état de santé habituel : aucune sueur n'eut lieu.

Ainsi, chez cet individu, l'administration d'un vomitif fit disparaître presque instantanément des symptômes que la diète et les simples délayants n'avaient pu dissiper.

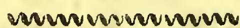
XXVIIe OBSERVATION.

Un homme de vingt-deux ans, tailleur, après avoir passé plusieurs nuits à travailler, éprouva le même ensemble de symptômes que le malade qui fait le sujet de l'observation précédente. Après être resté onze jours dans cet état, il entra à la Charité. Il avait alors un très léger mouvement fébrile, ce qui n'existait pas chez l'autre. Il prit trois grains d'émétique dans une pinte d'eau de veau. Il vomit beaucoup, et alla dix fois à la selle. Son rétablissement fut aussi prompt et aussi complet que chez le premier malade.

XXVIIIe OBSERVATION.

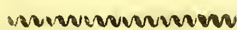
Un ébéniste, âgé de dix-sept ans, à Paris depuis cinq semaines, éprouve, le 4 et le 5 octobre, des étourdissements, de la céphalalgie. Le 5, il vomit spontanément des matières amères et jaunes. Le 6, il présente l'état suivant : céphalalgie sus-orbitaire, langue blanche, bouche

très mauvaise, nausées, sentiment de fatigue générale, selles ordinaires, très léger mouvement fébrile. (*Huit grains d'ipécacuanha, tisane d'orge, deux bouillons.*) Il vomit beaucoup de matières glaireuses et un ver lombric. Le lendemain, il était très bien.



XXIX[e] OBSERVATION.

Un polisseur en acier, âgé de 23 ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, a perdu l'appétit depuis une dizaine de jours. Dévoiement pendant les quatre ou cinq premiers jours, céphalalgie, mal dans les membres. Lorsqu'il entra à la Charité (1[er] décembre 1821), il n'avait pas été à la selle depuis trois jours: langue blanche, bouche mauvaise, soif, anorexie, douleur épigastrique, pouls sans fréquence, peau sans chaleur. (*Dix grains d'ipécacuanha avec addition d'un grain d'émétique.*) Il vomit peu, et alla cinq à six fois à la selle. La nuit il dormit bien. Le lendemain matin, 1[er] janvier, il ne sentait plus de douleur à l'épigastre; les autres symptômes persistaient. Deux jours après, il avait recouvré l'appétit et la santé.



XXX[e] OBSERVATION.

Un jeune homme de dix-huit ans, récemment arrivé à Paris, ressentit le 20 mars, sans cause connue, un violent mal de tête; il continua à travailler. Le lendemain, douleurs abdominales, un peu de dévoiement. Il s'alita et but de la limonade. Entré à la Charité le 29 mars, il

était le 30 dans l'état suivant : céphalalgie générale, teinte jaunâtre de la face, langue blanchâtre, douleur autour de l'ombilic, augmentant par la pression; cessation du dévoiement depuis deux jours, pouls un peu fébrile, léger redoublement chaque soir. (*Dix grains d'ipécacuanha.*) Le malade vomit, et alla une fois à la selle. Il eut une sueur abondante après avoir vomi. Il n'y eut pas de redoublement le soir.

Le lendemain 31, la céphalalgie avait disparu ; la langue était vermeille, le pouls lent; la douleur ombilicale persistait. Elle ne cessa que le 5 avril. Le malade était d'ailleurs très bien. Il sortit le 7.

XXXIe OBSERVATION.

Un tailleur, âgé de vingt ans, récemment arrivé de Bayonne, n'avait pas été à la selle depuis près de quinze jours lorsqu'il entra à la Charité, le 22 septembre. Il se plaignait de coliques. L'on sentait aux environs de l'ombilic une tumeur mobile, que M. Lerminier regarda comme le résultat de l'accumulation des matières stercorales dans les cellules du colon. Un enduit jaunâtre, épais, couvrait la langue; le pouls était fréquent. (*Deux lavements avec séné et sulfate de soude de chaque une once. Tisane de lin; demi-julep.*)

Une grande quantité de matières fécales très dures fut évacuée. Le lendemain 23, la tumeur ombilicale n'existait plus. Le pouls, bien que moins fréquent, n'était pas cependant encore revenu à son état naturel. L'enduit jau-

nâtre de la langue persistait. Dix grains d'ipécacuanha furent prescrits. Le malade vomit peu, mais il alla beaucoup à la selle.

24. Langue vermeille, bon appétit, pouls naturel. Cet état satisfaisant persista les deux jours suivants. — Le 27, la bouche redevint pâteuse; borborygmes, constipation, légère fréquence du pouls. (*Petit-lait avec une demi-once de sulfate de soude.*) Quatre ou cinq selles eurent lieu dans la journée.

1er octobre. Les symptômes d'embarras gastrique persistaient. Deux pastilles d'émétine, contenant chacune un demi-grain de cette substance, furent administrées à un quart d'heure d'intervalle l'une de l'autre. Le malade vomit quelques minutes après avoir pris la seconde pastille : il alla une fois à la selle. Il ne tarda pas à sortir bien portant.

Des tumeurs stercorales, semblables à celles dont il est question dans l'observation précédente, ont quelquefois été prises pour des tumeurs squirreuses. Nous en avons vu à la Charité un exemple frappant chez une vieille femme qui présentait entre l'épigastre et l'ombilic une tumeur saillante, bosselée, mobile et douloureuse. Cette femme donnait d'ailleurs très peu de renseignements sur son état antécédent. Reçue d'abord momentanément dans les salles de chirurgie, elle fut regardée comme atteinte d'un squirre de l'épiploon. Un jugement semblable avait déjà été porté au bureau central. Cette femme fut ensuite transportée dans le service de M. Lerminier. En palpant l'abdomen, il ne tarda pas à reconnaître, dans tout le trajet présumé du colon, des tumeurs

bosselées semblables à la précédente, mais seulement plus petites. On sut bientôt que depuis très long-temps la malade n'avait pas été à la selle. M. Lerminier pensa que ces tumeurs étaient dues à l'accumulation des matières fécales. Des purgatifs par haut et par bas furent donnés; des matières fécales extrêmement abondantes et très dures furent rendues, et le prétendu squirre disparut.

Nous avons vu, dans d'autres cas, l'accumulation prolongée des matières dans le gros intestin donner lieu à la tension générale de l'abdomen, et à des douleurs assez vives pour faire croire à l'existence d'une péritonite. Nous avons surtout observé ces douleurs à leur plus haut degré d'intensité chez une femme récemment accouchée. Lorsque nous la vîmes pour la première fois, sa face était pâle, décomposée; ses traits, profondément altérés, exprimaient l'anxiété la plus vive; le pouls était petit et très fréquent; l'abdomen était le siége de douleurs atroces qui arrachaient des cris à la malade, et que la pression augmentait. Ces douleurs, assez légères d'abord pendant quelques jours, avaient acquis, depuis quarante-huit heures, ce haut degré d'intensité. M. Lerminier, en palpant l'abdomen, reconnut dans le trajet présumé du colon des tumeurs bosselées, inégales et mobiles sous le doigt. La malade nous apprit en même temps que depuis plus de douze jours elle était atteinte d'une constipation opiniâtre. M. Lerminier soupçonna dès lors la véritable nature de la maladie; il donna d'abord un lavement purgatif, qui fit rendre beaucoup de matières fécales très dures: les douleurs diminuèrent, mais ne cessèrent pas. Le lendemain, une once de sirop de nerprun avec addition de quatre grains de gomme-gutte,

procura l'évacuation d'une énorme quantité de matières fécales. Les douleurs disparurent, et, vingt-quatre heures après, la malade, sauf un peu de faiblesse, était rendue à son état de santé habituel.

Les malades dont les observations suivent différaient des précédents en ce qu'ils avaient tous une diarrhée plus ou moins abondante. Ils furent soumis au même mode de traitement et avec un égal succès.

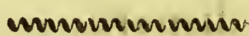
XXXII[e] OBSERVATION.

Un maçon, âgé de vingt ans, à Paris depuis un an, ressent, depuis quinze jours, une douleur sous la mamelle gauche. Elle augmente par la percussion et par les fortes inspirations. Il ne tousse pas, et respire librement. Depuis dix à douze jours, il a du dévoiement; sa langue est couverte d'un enduit jaunâtre épais; il n'a pas de fièvre; il vomit un ver le soir même de son entrée à l'hôpital. Le lendemain, 8 mai, il prit douze grains d'ipécacuanha avec un grain d'émétique. Il vomit une fois une grande quantité de bile jaune et de mucosités épaisses; il n'alla que quatre fois à la selle.

Le 9, la douleur de côté avait entièrement disparu; la langue était nettoyée. (*Tisane d'orge.*) — Le 10, la diarrhée n'existait plus, et le malade, parfaitement rétabli, quitta l'hôpital le 12.

Cette légère maladie présente plusieurs traits d'analogie avec l'affection décrite par Stoll sous le nom de pleurésie

bilieuse : perte d'appétit, amertume de la bouche, vomissements spontanés, enduit épais de la langue, dévoiement, et en même temps douleur fixe en un point des parois thorachiques; enfin, disparition rapide du point de côté et des autres symptômes, à la suite de l'administration d'un vomitif.



XXXIIIe OBSERVATION.

Un cordonnier, âgé de vingt-cinq ans, n'habitant Paris que depuis trois mois, fut pris de courbature après avoir passé plusieurs nuits de suite à travailler. Bientôt un dévoiement assez considérable survint. (Dix à douze selles en vingt-quatre heures sans colique ni ténesme.) Au bout de cinq jours, il entra à la Charité. Alors sa langue était couverte d'un enduit jaunâtre épais, sa bouche amère, sa face jaune et abattue. Dix grains d'ipécacuanha lui furent donnés. Il vomit un peu de bile, et alla neuf fois à la selle dans la journée. La nuit, il dormit bien. Le lendemain, 12 novembre, l'amertume de la bouche avait disparu; la langue était nettoyée; le mal de tête n'existait plus; le ventre était indolent; le pouls ne s'était pas accéléré; trois déjections alvines seulement eurent lieu dans les vingt-quatre heures suivantes, puis le dévoiement cessa tout-à-fait.



XXXIVe OBSERVATION.

Un tailleur, âgé de dix-neuf ans, d'une constitution

faible, à Paris depuis trois mois, présentait, depuis un temps à peu près égal, les mêmes symptômes que le malade précédent. L'ipécacuanha, donné à la dose de dix grains, agit comme chez celui-ci. Le dévoiement fut aussi intense le jour même de son administration; il diminua considérablement le jour suivant, et le troisième il avait complétement disparu.

XXXVe OBSERVATION.

Les mêmes symptômes nous furent encore offerts par un calicotier âgé de vingt-deux ans, à Paris depuis six semaines. Il allait quinze à seize fois à la selle en vingt-quatre heures depuis douze jours. Ayant pris dix grains d'ipécacuanha, il vomit beaucoup plus abondamment que les malades précédents, et il n'eut que deux évacuations alvines dans la journée. Chez lui, le dévoiement fut donc suspendu dès le jour même de l'administration du vomitif. Le lendemain 9 novembre, tous les symptômes d'embarras gastrique avaient disparu; mais le dévoiement menaça de se renouveler; cinq déjections alvines eurent lieu. Le 10, il n'y eut que trois selles. Le 11, la diarrhée avait tout-à-fait cessé; le malade était très bien.

Les malades qui font le sujet des observations suivantes vont offrir encore à peu près les mêmes symptômes que les précédents; mais de plus ils avaient une fièvre assez forte; et chez quelques uns l'on fit précéder d'une émission sanguine l'administration du vomitif, ainsi

que le pratiquaient souvent avec avantage Sydenham, Pringle et Tissot.

XXXVIe OBSERVATION.

Un tailleur, âgé de dix-neuf ans, habitant Paris depuis quinze mois, se portant habituellement bien, fut pris, le 10 mars 1822, d'une légère diarrhée qui persista les jours suivants. A dater du 14, il perdit son appétit et ses forces. Entré à la Charité le 18 mars, il vomit, dans la soirée, un bouillon. Dans la matinée du 19, il avait de la céphalalgie, la bouche était amère, la langue blanche, rouge à la pointe; il ressentait de la douleur à l'épigastre et autour de l'ombilic : huit à dix selles liquides, jaunâtres, avaient eu lieu depuis vingt-quatre heures; la fièvre était assez forte, une sueur abondante couvrait la face. Deux grains d'émétique furent prescrits dans une pinte d'eau de veau. Le malade vomit abondamment, et alla beaucoup à la selle.

Dans les vingt-quatre heures suivantes, aucune évacuation alvine n'eut lieu; la fièvre persista toute la journée du 20. Le soir, une sueur abondante s'établit. La nuit, le malade dormit bien. Dans la matinée du 21, la fièvre n'existait plus; le malade avait appétit et se trouvait très bien.

XXXVIIe OBSERVATION.

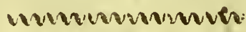
Un cordonnier, âgé de vingt-trois ans, récemment traité à l'Hôtel-Dieu d'une pleuropneumonie droite, alla

aux guinguettes célébrer sa convalescence. Des douleurs abdominales, une diarrhée abondante, furent la suite des excès de table auxquels il se livra. Il allait douze à quinze fois à la selle en vingt-quatre heures. Entré à la Charité le 27 octobre, le septième jour de sa diarrhée, il paraissait accablé; sa langue était blanche, sa bouche mauvaise; il avait beaucoup de fièvre : on ne lui donna d'autre médicament que la tisane d'orge gommée. Les deux jours suivants, son état resta le même. Le 30, le dévoiement augmenta beaucoup (trente selles en vingt-quatre heures); le pouls était très fréquent, la langue était humide et blanchâtre. (*Orge gommée, potion gommeuse, lavement de guimauve.*) Le 31, les symptômes ne s'étaient point amendés; une émission sanguine paraissait ici indiquée. Cependant M. Lerminier voulut expérimenter quel effet serait produit par un vomitif. Six grains d'ipécacuanha furent prescrits. Le malade vomit abondamment, et *n'alla pas à la selle dans les vingt-quatre heures suivantes*, tandis que la veille encore il y avait été plus de vingt-cinq fois. Le 1er novembre, il était sans fièvre, la langue était blanche, et le ventre indolent; un peu de dévoiement reparut dans la journée.

Le 2 novembre, le malade demandait avec instance à manger. Les deux ou trois jours suivants, il alla, en vingt-quatre heures, deux ou trois fois à la selle, puis la diarrhée s'arrêta entièrement, et le malade sortit le 8 novembre bien portant.

XXXVIIIe OBSERVATION.

Chez un autre individu, âgé de vingt-un ans, atteint de diarrhée et de fièvre depuis six jours, avec langue blanche, anorexie, etc., l'administration de six grains d'ipécacuanha produisit un abondant vomissement de bile, et eut en outre pour effet immédiat d'augmenter d'abord la diarrhée. Mais dès le lendemain, celle-ci était moins forte qu'avant le vomitif; cependant elle persista d'une manière modérée, ainsi que la fièvre, pendant huit à dix jours. Une diète sévère et des boissons délayantes furent prescrites. Le malade revint lentement à la santé.



XXXIXe OBSERVATION.

Un Belge, âgé de vingt-deux ans, éprouvait depuis quelque temps un malaise général, des maux de tête, une sorte d'engourdissement physique et moral. Il avait un dégoût complet pour toute espèce d'aliment; un léger dévoiement (trois ou quatre selles liquides en vingt-quatre heures.) Lorsqu'il entra à la Charité, il avait de la fièvre; sa langue était sale. Il prit deux grains d'émétique; il vomit beaucoup, et eut d'abondantes évacuations alvines (douze selles). Le lendemain, il se sentait bien; la langue n'était plus saburrale, le dévoiement n'existait plus, le pouls était lent. Les deux nuits suivantes, il sua très abondamment.



XLe OBSERVATION.

Un Prussien, âgé de 26 ans, à Paris depuis six semaines, avait depuis plusieurs jours de la fièvre avec constipation opiniâtre. Il offrait d'ailleurs les mêmes symptômes que les malades précédents : céphalalgie, teinte jaune de la face, bouche amère, langue blanche, etc. Trois grains d'émétique donnés dans une pinte d'eau de veau procurèrent d'abondantes évacuations par haut et par bas. Dès le lendemain, le malade était très bien.

XLIe OBSERVATION.

Un menuisier, âgé de 27 ans, ressentit, pendant les cinq semaines qui précédèrent son entrée à l'hôpital, de la céphalalgie, un malaise général ; son appétit diminua. Lorsqu'il entra à la Charité (22 septembre), il présenta l'état suivant : bouche mauvaise, langue dans un état naturel, toux légère, constipation, ventre indolent, fièvre. (*Petit-lait nitré, deux lavements émollients.*)

23, 24 et 25. Même état. Les lavements ne triomphaient pas de la constipation.

Le 26, le malade prit deux onces d'huile de ricin. Plusieurs selles eurent lieu. Le lendemain 27, l'apyrexie était complète ; mais le mauvais goût de la bouche persistait. (*Huit grains d'ipécacuanha.*) Ils procurèrent d'abondants vomissements. Le 28, le malade était très bien ; grand appétit, langue vermeille, etc.

XLIIe OBSERVATION.

Un scieur de long, âgé de 23 ans, à Paris depuis cinq mois, ressentit, sans cause connue, le 13 août, de la céphalalgie, des nausées et des coliques. Ces symptômes persistèrent les jours suivants. Il était continuellement assoupi. Bientôt le dévoiement s'établit. Il prit, pour le faire passer, une bouteille de vin avec trois œufs durs; le cours de ventre s'arrêta en effet pendant vingt-quatre heures; mais il revint ensuite. Lorsque le malade entra à la Charité, le 21 août, il accusa une forte céphalalgie frontale, des étourdissements, une fatigue générale; la langue était blanchâtre, la bouche mauvaise; des nausées fréquentes avaient lieu; une sensation de pesanteur existait à l'épigastre; l'introduction des boissons l'augmentait et provoquait des nausées. Deux ou trois selles aqueuses et jaunes avaient lieu en vingt-quatre heures. Le pouls était fréquent, développé; la peau moite. (*Limonade végétale, lavements de lin, fomentations émollientes sur l'épigastre, diète.*) Les quatre jours suivants, la bouche devint de plus en plus manvaise; la langue était très chargée; les autres symptômes persistaient. La même prescription avait été faite chaque jour.

Le 26, le malade prit une chopine de petit-lait avec addition de deux grains d'émétique et d'une demi-once de sulfate de soude. Il vomit, et alla plusieurs fois à la selle. Le lendemain, le mauvais goût de la bouche n'existait plus; la langue n'était plus recouverte que d'un léger enduit blanchâtre; le pouls n'était plus que médiocrement fréquent. (*Petit-lait tamariné.*) — 28 et 29, deux ou trois selles en vingt-quatre heures. Cessation

complète de la fièvre. — 30, bon appétit; rétablissement parfait. Sorti le 2 septembre.

Qui pourrait révoquer en doute l'utilité des évacuants chez cet individu?

Le cas suivant est à peu près analogue.

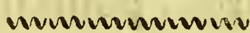
XLIIIe OBSERVATION.

Un limonadier, âgé de 16 ans, à Paris depuis cinq mois, ressent depuis quelques jours une fatigue insolite. Il n'a plus d'appétit. Lors de son entrée, la bouche est pâteuse, la langue blanche; il a des nausées; quatre à cinq selles ont lieu en vingt-quatre heures; il y a un peu de fièvre. On lui donne le lendemain deux grains d'émétique. Les symptômes observés la veille n'existent plus vingt-quatre heures après l'administration du vomitif, et la santé est rétablie.

XLIVe OBSERVATION.

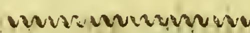
Un imprimeur en papiers peints, âgé de trente-six ans, ayant eu jadis des fièvres quartes, ressentit le 26 avril, à deux heures de l'après-midi, un frisson qui dura deux heures. Les jours suivants, malaise général; chaleur et sueur tous les soirs sans frisson initial. En même temps perte d'appétit, bouche mauvaise, selles ordinaires. Lors de son entrée à l'hôpital, le pouls était un peu fréquent, la langue couverte d'un enduit jaunâtre, épais. (*Quinze grains d'ipécacuanha, tisane d'orge.*) Le malade vomit et alla deux fois à la selle. Le soir, aucun redoublement

n'eut lieu. Le lendemain, 2 mai, absence complète de fièvre ; bouche moins mauvaise, même état de la langue. Très bien les jours suivants.



XLVe OBSERVATION.

Un porteur d'eau, âgé de vingt-sept ans, à Paris depuis trois mois, a perdu son appétit et ses forces depuis plusieurs jours. Depuis huit jours environ, il a un peu de diarrhée. Depuis quatre jours, il garde la chambre. Lors de son entrée, il se plaint d'étourdissements ; bouche mauvaise, nausées, langue blanchâtre. Douleur autour de l'ombilic, et à la région cœcale; pesanteur incommode à l'épigastre. La diarrhée n'existe plus depuis deux jours. (*Trois grains d'émétique dans l'eau de veau.*) Deux vomissements et une seule évacuation alvine eurent lieu. Le lendemain, les divers symptômes observés la veille avaient en grande partie disparu. Le pouls conservait cependant un peu de fréquence. Les jours suivants, convalescence.



XLVIe OBSERVATION.

Un commissionnaire, âgé de trente ans, Savoyard, à Paris depuis deux ans, peau brune, muscles développés, ressent, depuis douze jours, un malaise général, des frissons vagues; il a perdu l'appétit ; la fréquence des selles n'a point été augmentée. Il a gardé le repos et la diète. Lors de son entrée à la Charité, 10 avril, forte céphalalgie, face rouge avec teinte jaune du pourtour

des lèvres et des ailes du nez ; conjonctive un peu jaune ; langue blanchâtre, piquetée de points rouges, tendant à se sécher ; bouche très amère, nausées, douleur épigastrique, selles ordinaires ; pouls fréquent, peau chaude et sèche. Il y avait chez cet individu un ensemble de symptômes inflammatoires que n'offraient point les malades précédents. M. Lerminier commença en conséquence par prescrire une saignée de quatre palettes. Elle présenta une couenne légère.

Le 11, mieux sensible, langue humide, pouls moins fréquent. (*Tisane d'orge édulcorée.*) — Le 12, le malade se plaignait d'une grande pesanteur de tête, et d'une amertune insupportable dans la bouche. Le pouls était plus fréquent que la veille : une selle avait eu lieu. (*Tisane d'orge.*) — 13, même état. — 14, langue couverte d'un enduit jaunâtre. (*Six grains d'ipécacuanha.*) Le malade vomit une grande quantité de matière jaune amère ; il alla trois fois à la selle ; il sua la nuit.

Le lendemain 15, le pouls avait perdu sa fréquence ; la bouche était moins amère ; la céphalalgie avait disparu ; la langue restait chargée ; deux grains d'émétique furent prescrits. Le malade ne vomit pas, mais il eut des selles abondantes ; il sua la nuit. Le 16, la langue avait repris un aspect naturel ; le mauvais goût de la bouche avait cessé. Le 17, la santé était entièrement rétablie.

Chez ce malade, la saignée diminua la fièvre et l'*éréthisme général* ; mais elle ne fit pas disparaître les *symptômes bilieux*, qui cédèrent au contraire au vomitif. Leur cessation marqua l'époque de la guérison.

Les deux individus dont les observations suivent ont été le même jour saignés et émétisés.

XLVIIe OBSERVATION.

Un ébéniste, âgé de vingt-deux ans, à Paris depuis trois mois, était mal à son aise depuis le 20 avril. Il avait peu d'appétit depuis le 16. Le 20, grande lassitude, bouche mauvaise, légères coliques, deux ou trois selles liquides chaque jour jusqu'au 27, époque de l'entrée à la Charité.

État du 27 : vive coloration des pommettes avec teinte jaune du pourtour du nez et des lèvres ; langue rouge au milieu, sale sur les côtés ; bouche mauvaise ; dégoût pour les aliments ; soif ; ventre indolent ; trois selles depuis vingt-quatre heures ; toux légère ; urine très rouge, abondante ; pouls un peu fréquent, peau chaude. (*Vingt sangsues à l'anus immédiatement après la visite, et à midi dix grains d'ipécacuanha avec un grain d'émétique.*) Le malade vomit, et alla une fois à la selle. Le 28, il se disait mieux. Cependant la fièvre persistait, la langue avait le même aspect. Les jours suivants (*tisane d'orge édulcorée*) prompt rétablissement.

XLVIIIe OBSERVATION.

Un tonnelier, âgé de vingt-deux ans, à Paris depuis deux mois, ressentit, sept jours avant son admission à la

Charité (le 11 avril), un malaise général. Il eut en même temps du frisson. Le 12, il s'alita. Les jours suivants, diarrhée, fièvre.

État actuel (18 avril) : langue chargée, ventre un peu bouffe, indolent, dix selles en vingt-quatre heures; pouls plein, fréquent, peau chaude, toux avec expectoration catarrhale. (*Application de trente sangsues à l'anus, à huit heures du matin; dix grains d'ipécacuanha à midi.*) Le malade vomit une fois, et alla douze à quinze fois à la selle. — Dans la journée du 20, la fièvre avait cessé; il n'y eut que trois évacuations alvines. — Bien les jours suivants.

Cette méthode, qui consiste à administrer un vomitif quatre heures après une émission sanguine, a été employée par M. Lerminier dans un grand nombre de cas analogues avec un succès aussi marqué.

Nous croyons inutile de multiplier davantage les observations particulières de cette seconde classe de fièvres. Nous arrivons maintenant à la troisième classe, qui comprend les malades auxquels des vomitifs furent donnés, bien que la langue présentât une couleur rouge intense, et qu'elle tendît à se sécher.

Ici, nos observations n'ont pas toujours confirmé les observations de Stoll. On en jugera par les faits que nous allons rapporter.

XLIX[e] OBSERVATION.

Un jeune homme de dix-huit ans avait perdu l'appétit depuis une douzaine de jours; il avait éprouvé, pendant ce temps, une céphalalgie fatigante et une constipation opiniâtre. Lors de son entrée à l'hôpital, il avait des étourdissements; sa face était animée, sa langue humide et d'un rouge vif; la soif était ardente, la fièvre intense. On lui donna la tisane d'orge oxymélée. — Le lendemain 26 octobre, même état; aucune selle n'avait eu lieu. Six grains d'ipécacuanha furent prescrits. Le malade vomit peu; il eut plusieurs selles avec de légères coliques. La nuit, il dormit bien. — Le 27, il se félicitait de son état. Cependant il existait encore un léger mouvement fébrile; la langue conservait sa rougeur. (*Lavement de guimauve, tisane d'orge gommée.*) — Le 28, la fièvre avait cessé complétement; le malade était bien.

Nous n'attribuerons point ici, avec Stoll, à l'évacuation des matières l'amélioration rapide qui eut lieu. N'est-ce pas dans ce cas que l'on peut dire que le soulagement éprouvé par le malade fut le résultat du déplacement de l'irritation qui, de l'estomac où elle avait son siége primitif, se porta aux intestins; c'est ce qu'indique la diarrhée provoquée par l'ipécacuanha.

L[e] OBSERVATION.

Un garçon marchand de vin éprouva les symptômes d'une forte courbature, après avoir veillé plusieurs nuits

de suite. Bientôt il fut pris de vomissements, d'une abondante diarrhée et de fièvre. Lors de son entrée à la Charité, les vomissements avaient cessé; la fièvre était modérée, mais la langue était très rouge et lisse à son milieu, blanche latéralement. La soif était vive, la bouche amère, le ventre indolent. Dix grains d'ipécacuanha furent donnés. Le malade eut des sueurs abondantes pendant la nuit. Il se rétablit promptement.

Ces sueurs, vraisemblablement provoquées par le vomitif, n'ont-elles pas été utiles, en appelant vers la peau l'irritation des voies gastriques? N'est-ce pas en déterminant cette sorte de révulsion que dans ces cas l'ipécacuanha a été avantageux? Ces idées, qui appartiennent à M. Broussais, méritent d'être méditées.

LIe OBSERVATION.

Un jeune homme de dix-neuf ans, récemment arrivé à Paris, avait depuis plusieurs jours une fièvre continue avec céphalalgie, bouche mauvaise, soif, langue rouge; il était constipé. Il prit deux grains d'émétique, qui ne le firent pas vomir, mais qui, portant leur action sur le tube digestif, donnèrent lieu à huit ou neuf évacuations dans les vingt-quatre heures. Les jours suivants, l'état du malade resta à peu près le même qu'avant l'administration de l'émétique. Seulement, il était habituellement en moiteur depuis qu'il l'avait pris. Maintenu à la diète et à l'usage de la tisane d'orge, il revint lentement à la santé.

L'émétique agit dans ce cas comme un purgatif, et ne parut avoir aucune influence sensible sur la marche de la maladie. Il sembla de plus avoir produit un effet diaphorétique. Mais les sueurs ne furent que très légères; plus abondantes, auraient-elles été critiques?

Nous avons vu dans les trois observations précédentes l'émétique être suivi deux fois d'une amélioration manifeste, et une troisième fois ne produire aucun effet évident, ni en bien ni en mal. Dans les observations suivantes, nous allons le voir paraître d'abord produire de bons effets; mais, dès le surlendemain, l'augmentation de la fièvre, de la sécheresse et de la rougeur de la langue engagèrent M. Lerminier à prescrire une émission sanguine. Dès lors, tous les symptômes s'amendèrent rapidement.

LIIe OBSERVATION.

Un tourneur en bois, âgé de seize ans, à Paris depuis cinq mois, ressent des douleurs abdominales depuis le 15 mars. Le 20, il a cessé de travailler. Entré le 28, il accuse une douleur abdominale générale que la pression augmente. Constipation, bouche mauvaise, langue blanche à son centre, d'un rouge vif sur ses bords et à sa pointe, pouls fréquent, peau chaude. (*Deux grains d'émétique dans une pinte d'eau de veau; tisane d'orge.*) Le malade vomit, et alla six fois à la selle. A cinq heures du soir, il survint un fort redoublement de fièvre, pendant lequel les douleurs abdominales augmen-

tèrent. Le 29, le pouls était à peine fréquent; la langue présentait le même aspect. (*Tisane d'orge.*)

Le 30, fièvre ardente, langue rouge, tendant à se sécher, vive douleur autour de l'ombilic, selles ordinaires, toux fréquente et pénible. (*Dix sangsues de chaque côté de la poitrine.*) — 1er avril, apyrexie complète, toux presque nulle, disparition de la douleur abdominale; les jours suivants, rétablissement complet.

LIIIe OBSERVATION.

Un garçon marchand de vin, âgé de vingt-deux ans, ayant tous les traits du tempérament bilieux, avait une fièvre rémittente depuis quinze jours, et du dévoiement depuis huit. Le jour de son entrée, 20 novembre, la rougeur de ses joues contrastait avec la teinte jaune du pourtour des lèvres, des orbites et des ailes du nez. Les yeux étaient appesantis. Le malade se plaignait d'avoir la bouche très mauvaise et de fréquentes nausées. Il avait peu de soif, la langue était un peu sèche et rouge à sa pointe et sur ses bords, blanche à son milieu; le ventre était indolent, douze selles avaient eu lieu depuis vingt-quatre heures, sans colique ni ténesme. Le pouls, assez développé, battait quatre-vingt-cinq fois par minute. La chaleur de la peau était halitueuse; l'urine, d'une couleur jaune foncée, était assez abondante. On prescrivit deux grains d'émétique dans une pinte d'eau de veau, la tisane d'orge gommée dans la journée.

Le malade vomit beaucoup de bile jaune, et alla

beaucoup à la selle. La nuit, il dormit bien. Dans la matinée du 22, la langue était plus rouge, le ventre un peu sensible à la pression; la fièvre persistait. Cependant le malade disait se trouver bien mieux; ses mouvements étaient plus libres, l'aspect de sa face plus naturel. (*Tisane d'orge gommée, julep le soir, diète.*) Il n'y eut que trois selles. Le 23, tous les symptômes s'étaient exaspérés : langue très rouge et sèche, soif vive, fièvre intense, une à deux selles liquides. Vingt sangsues furent appliquées à l'anus. Dans la journée, le malade n'eut qu'une selle. La nuit, des sueurs abondantes eurent lieu. Dans la matinée du 24, il y avait une amélioration sensible, la langue s'était humectée, le pouls était moins fréquent. Les jours suivants, le mieux alla en augmentant; le malade sua beaucoup chaque nuit, jusqu'au 28. Le 29, apyrexie complète, appétit excellent, retour des forces, en un mot, tous les signes d'une convalescence parfaite.

Nous venons de tracer le tableau fidèle des résultats obtenus des trois méthodes thérapeutiques plus ou moins exclusivement adoptées par les praticiens dans le traitement des fièvres continues légères, dites inflammatoires, bilieuses et muqueuses.

Nous croyons pouvoir tirer de nos observations les corollaires suivants.

1° Beaucoup de ces maladies marchent d'elles-mêmes vers la guérison, quel que soit le traitement qu'on emploie. C'est dans ces cas que les méthodes les plus opposées ont également réussi.

2° On ne saurait donner une préférence exclusive à

l'une des trois méthodes dont nous avons successivement étudié les effets. Chacune d'elles peut être très avantageuse, lorsqu'on sait l'employer à propos.

3° Le traitement par les simples boissons mucilagineuses ou acidulées suffit dans un grand nombre de cas. Ce mode de traitement est même le plus convenable, lorsqu'aucune indication bien précise ne se présente à remplir. Prodiguer alors les émissions sanguines, c'est épuiser inutilement le malade, c'est rendre la convalescence plus longue et plus pénible.

4° Les symptômes dont l'ensemble constitue soit le simple embarras gastrique, soit même la fièvre bilieuse, cèdent facilement et promptement à l'administration des vomitifs. Les symptômes qui caractérisent l'embarras intestinal cèdent également aux laxatifs. On voit, après l'usage de ces moyens, la céphalalgie disparaître, la fréquence du pouls diminuer ou même cesser entièrement, les fonctions digestives revenir à leur état normal, la diarrhée en particulier s'arrêter, après avoir été quelquefois momentanément augmentée. De pareils effets sont obtenus, mais d'une manière infiniment plus lente, par l'usage des simples boissons délayantes. Nous avons vu, dans plusieurs de nos observations, des malades dont l'état ne s'était point amélioré, après avoir, pendant quinze jours, gardé la diète et bu de l'eau d'orge. Convenablement évacués, ils recouvraient en quarante-huit heures leur santé habituelle. Les vomitifs produisent souvent cet heureux résultat, bien qu'ils n'aient provoqué ni révulsion ni évacuation critique vers la peau, comme l'a avancé M. Broussais, qui explique de cette manière la guérison des gastro-entérites par l'usage des

vomitifs. (*Examen des Doctrines médicales*, tom. 1er, prop. CCLXXXVII.)

La connaissance anatomique des parties constituantes de l'estomac, l'étude des phénomènes dont ce viscère est le siége, pourraient facilement, si on le voulait, rendre raison des avantages produits par les vomitifs. La sécrétion folliculaire qui s'opère à la face interne de l'estomac ne peut-elle pas acquérir, dans certains cas, un surcroît d'activité? La couche épaisse de mucus, qui se trouve alors interposée entre les aliments et la membrane muqueuse, ne peut-elle pas rendre la chimification plus difficile? De là, les digestions pénibles, la pesanteur épigastrique, les nausées, l'anorexie, etc. Ce ne sont pas là de pures suppositions. Chez plusieurs individus atteints de maladies chroniques, et spécialement chez des phthisiques dont l'appétit se perdit complétement pendant les derniers temps de leur vie, nous avons trouvé la muqueuse gastrique tapissée par une couche épaisse de mucus grisâtre et filant, au-dessous de laquelle la membrane avait conservé son état d'intégrité. Dans les cas de ce genre, quelle indication rationnelle se présente à remplir? N'est-ce pas de chercher à expulser la matière étrangère qui s'est accumulée dans l'estomac au détriment de la digestion? C'est ce que font les vomitifs. Ils peuvent de plus imprimer une modification avantageuse à la sécrétion vicieuse des follicules. C'est aussi dans des cas semblables que se montre l'efficacité des amers, tels que la chicorée sauvage, la petite centaurée, la gentiane, la rhubarbe, etc. Ces substances n'exercent-elles pas alors sur les follicules muqueux de l'estomac un mode d'action analogue à l'effet que produit visible-

ment le sulfate de zinc, ou tel autre astringent, sur les glandes de Meibomius, par exemple, dont la sécrétion est vicieusement augmentée?

Les idées que nous venons d'émettre s'éloignent beaucoup, nous le savons, des théories dominantes : les partisans exclusifs de la doctrine de l'irritation regarderont sans doute nos opinions comme paradoxales; qu'ils n'oublient pas toutefois qu'un paradoxe est souvent une vérité.

Mais, outre la puissante influence exercée par les vomitifs sur la membrane muqueuse gastro-intestinale, ces agents impriment encore à d'autres organes d'importantes modifications, qui ne sauraient être négligées dans l'appréciation de leurs effets thérapeutiques. En sollicitant, par exemple, l'évacuation d'une certaine quantité de bile, les vomitifs peuvent changer avantageusement le mode de sécrétion et d'excrétion des liquides fournis par le foie et par le pancréas. Or, nous sommes encore si peu avancés dans la science de l'économie vivante, qu'il nous est impossible de savoir jusqu'à quel point le changement le plus léger opéré dans l'action du foie peut modifier non seulement la digestion, mais même l'ensemble des fonctions nutritives. Dans l'acte même du vomissement, ainsi que dans les angoisses qui le précèdent, et dans l'état d'affaissement qui le suit, combien d'organes se trouvent à la fois puissamment modifiés! Le cœur précipite ses battements, pour les ralentir ensuite. La circulation est momentanément changée dans les différents systèmes capillaires; le sang abandonne les uns pour affluer avec plus de force dans quelques autres. L'action de la peau est souvent plus ou moins fortement excitée. Les contractions violentes des muscles abdomi-

naux et surtout du diaphragme ne peuvent avoir lieu sans que les poumons et leurs dépendances ne soient énergiquement influencés par les mouvements pour ainsi dire convulsifs de ces muscles. Cette influence ne doit pas être moins puissante sur les différentes parties contenues dans l'abdomen. De là peut résulter, par exemple, une activité plus grande dans la circulation veineuse, dans le cours du chyle et de la lymphe à travers les vaisseaux et les ganglions mésentériques, etc. On ne peut nier encore que les vomitifs n'agissent très puissamment sur le système nerveux; cette action devient surtout très marquée chez les individus doués d'une grande susceptibilité. Les effets produits chez eux par l'émétique ne sauraient être seulement attribués à l'irritation gastrique, qui s'irradie sympathiquement sur les autres organes; l'émétique semble souvent produire ces effets après qu'il a été absorbé et mis en contact immédiat avec les centres nerveux. Entre autres preuves directes que l'on pourrait donner de ce fait, rappelons que l'on voit aussi des accidents nerveux se manifester, et des congestions cérébrales s'établir chez les animaux dans les veines desquels on a injecté de l'émétique à haute dose.

Que résulte-t-il de ces considérations? C'est que les effets auxquels donnent lieu les vomitifs sont beaucoup plus étendus qu'on ne le pense communément. Leur action est loin d'être purement locale; l'on doit les ranger parmi les plus puissants modificateurs de l'économie entière. Un grand nombre d'indications peuvent être remplies par eux, et, comme tous les médicaments énergiques, ils peuvent être essentiellement utiles ou funestes, selon que leur emploi est bien ou mal dirigé.

Du reste, si l'on parcourt l'histoire des différentes épidémies, l'on verra que beaucoup de médecins ont employé avec le plus grand succès la méthode évacuante dans les épidémies qui s'annonçaient par un ensemble de symptômes semblables à ceux que nous avons décrits. On trouve un exemple frappant de l'utilité de ce traitement dans plusieurs des fièvres épidémiques dont Sydenham nous a transmis la description, et, en particulier, dans l'épidémie de 1661. Si le malade était jeune et fort, Sydenham pratiquait d'abord une émission sanguine; puis il prescrivait un émétique. Lorsqu'on n'avait pas recours au vomitif dès le début de la maladie, on voyait survenir plus tard une diarrhée fâcheuse; lorsque celle-ci s'était établie, Sydenham nous apprend qu'elle était souvent suspendue avec avantage par l'administration d'un vomitif.

Telle était aussi la pratique de Baglivi dans le traitement des fièvres épidémiques qui régnaient aux environs de Rome. On voyait, dit-il, l'amertume de la bouche, la saleté de la langue, les maux d'estomac, la fétidité de l'haleine, des selles et des vents, la pesanteur de tête, les douleurs des membres, l'anxiété générale disparaître, aussitôt que *les humeurs qui infestaient les voies alimentaires* avaient été expulsées par le vomissement.

Nous trouvons dans la description de la fièvre épidémique bilieuse de Lausanne, par Tissot, que lorsqu'on négligeait d'administrer les vomitifs, on voyait souvent une fièvre putride se développer. Comme Sydenham, Tissot prescrivait quelquefois la saignée avant de prescrire l'émétique; mais l'émission sanguine, employée seule, ne fut avantageuse que dans un très petit nombre de cas.

Sarcone (*Histoire des maladies observées à Naples en 1764*) a décrit une diarrhée épidémique qui débutait par une pesanteur épigastrique, de l'anorexie, des nausées, des vomissements. Ces symptômes gastriques disparaissaient vers le troisième jour, et étaient remplacés par un dévoiement plus ou moins abondant. Sarcone eut constamment recours aux vomitifs, et toujours avec le plus grand succès. Administrés dès le début de la maladie, ils empêchaient le dévoiement de s'établir; donnés plus tard, ils l'arrêtaient, ou du moins le modéraient.

5° Lorsque la langue est rouge à sa pointe, sur ses bords ou à son centre, lorsque surtout elle est uniformément rouge et lisse, qu'elle tend à se sécher, que la soif est ardente, l'épigastre douloureux, les émissions sanguines abrégent la durée de la maladie, en modèrent les accidents, et préviennent souvent le développement de symptômes plus graves.

6° Lors même que les symptômes précédents existent, l'emploi des vomitifs n'est pas quelquefois sans succès, soit qu'alors ils excitent une sueur favorable, soit qu'ils déplacent l'irritation fixée sur un point des voies digestives. C'est ainsi que nous avons vu l'émétique suspendre la diarrhée, en irritant l'estomac; d'autres fois, porter son action principale sur les intestins, et faire disparaître les symptômes de gastrite.

Mais il est des cas où l'on observe une assez vive rougeur de la langue, sans qu'aucun autre signe annonce que l'estomac soit enflammé. M. Lerminier pense que dans ce cas la rougeur de la langue est plus spécialement liée à un afflux de sang, à une sorte de congestion sanguine générale vers les parties supérieures, qu'à une phleg-

masie de l'estomac. Si alors on administre un vomitif, on voit la langue perdre sa rougeur, en même temps que l'injection de la face et des yeux disparaît, que la céphalalgie et les étourdissements cessent, etc. Ne semble-t-il pas qu'ici l'émétique est utile, en déterminant une sorte de révulsion passagère vers l'estomac et les intestins?

7° La saignée dérivative de l'anus arrête la diarrhée plus sûrement et plus promptement que la saignée générale.

8° L'ipécacuanha n'est pas plus immédiatement astringent que le tartre stibié. Il commence le plus souvent, ainsi que celui-ci, par augmenter le nombre des selles, en même temps qu'il excite le vomissement.

Lorsque les signes d'embarras gastrique sont bien tranchés, il suffit d'une petite quantité d'ipécacuanha, de six grains par exemple, pour donner lieu à des vomissements abondants [1].

Les fièvres continues légères ont seules, jusqu'à pré-

[1] M. Lerminier a fait chez sept malades l'essai du principe actif de l'ipécacuanha ou émétine. Il l'a donné sous forme de pastilles contenant chacune un demi-grain d'émétine et dix grains de sucre.

Trois de ces malades, présentant tous les symptômes d'embarras gastrique, prirent deux pastilles à dix minutes d'intervalle l'une de l'autre; l'un d'eux eut un seul vomissement peu abondant, une demi-heure après l'administration de la seconde pastille : il se trouva bien le reste de la journée; le lendemain matin il eut une légère diarrhée qui cessa spontanément. Le second malade vomit deux fois, sept à huit minutes après avoir pris la deuxième pastille. Il n'alla pas à la selle : le lendemain il était bien. Le troisième malade ne vomit que très peu; mais il eut des selles plus abondantes que les deux autres.

Un quatrième malade, dans le même cas que les individus précé-

sent, fixé notre attention. Nous allons maintenant nous occuper d'autres fièvres, qui ont présenté des symptômes plus graves, plus variés, une marche plus longue, une terminaison souvent funeste, et qui ont réclamé un traitement plus compliqué que les maladies dont il a été question jusqu'à ce moment. Ici se rangent les affections connues sous le nom de fièvres putrides, malignes, adynamiques, ataxiques, typhoïdes, pétéchiales, etc.

De Haen nous semble avoir donné une idée générale assez exacte de plusieurs de ces fièvres, dans sa définition

dents, prit deux pastilles d'émétine sans en ressentir aucun effet. Deux jours après on lui en donna quatre, deux à la fois, à dix minutes d'intervalle : il vomit abondamment, eut trois ou quatre selles, et fut soulagé.

Un cinquième malade, atteint d'angine, ne commença à vomir qu'après avoir pris cinq pastilles ; il n'eut pas de diarrhée.

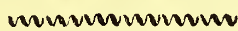
Chez un sixième, dont les amygdales étaient tuméfiées et douloureuses, quatre pastilles ne produisirent aucun vomissement ; mais, portant toute leur action sur les intestins, elles déterminèrent une abondante diarrhée qui cessa dans la soirée.

Enfin le septième malade était une femme de trente ans, atteinte d'une angine laryngée chronique. Elle prit deux pastilles d'émétine sans vomir ni aller à la selle. Deux jours après quatre pastilles lui furent données : il n'y eut cette fois non plus ni vomissement ni selle. Cette femme nous apprit alors que deux grains d'émétique qu'on lui avait donnés chez elle n'avaient pas produit plus d'effet.

Il suit de ces essais que le mode d'action de l'émétine est entièrement semblable à celui de l'ipécacuanha, et que dix à vingt grains de cette racine sont représentés, sous le rapport de l'intensité de l'action, par un à deux grains d'émétine. La forme commode et agréable sous laquelle l'émétine peut être administrée semble devoir la faire préférer à l'ipécacuanha en substance. L'on sait d'ailleurs combien de mauvaises espèces d'ipécacuanha existent dans le commerce ; de là cette embarrassante variété d'action dans la poudre d'ipécacuanha. L'emploi de son principe actif mettrait à l'abri d'un aussi fâcheux inconvénient.

des maladies qu'il appelle *malignes*. Ces maladies, dit-il, doivent leur naissance à des causes qui exercent sur l'économie la plus grave influence : les symptômes qui les annoncent sont funestes, soit par leur intensité et leur nombre, soit par l'irrégularité avec laquelle ils apparaissent et se succèdent. Un accablement profond les accompagne, soit dès le début, soit à une époque plus avancée; elles ne cèdent point aux méthodes ordinaires de traitement; elles sont toujours dangereuses, et souvent mortelles [1].

Nous allons commencer par retracer plusieurs observations de fièvres qui, par leur bénignité, se rapprochent de celles dont nous avons déjà présenté l'histoire, mais qui en diffèrent par quelques symptômes insolites, et surtout par l'éruption pétéchiale qui les accompagna; puis nous arriverons peu à peu aux fièvres plus graves.



LIVe OBSERVATION.

Un chapelier, âgé de vingt-trois ans, habitant Paris depuis six mois, ressentit le 9 août, sans cause connue, des frissons, de l'anorexie. Il quitta le travail. Jusqu'au 17, il garda la chambre, mangea peu, et prit deux purgatifs.

État du 18 : face abattue, langue blanche, rouge à

[1] Malignum eum vocare morbum solemus, qui, gravioribus de causis natus, sociatus symptomatibus, cum vi numeroque, tum inverso ordine, deterioribus; vel ab ipso principio, vel serius, vires vehementer projectas habet, nec solitæ methodo auscultat; semperque majoris discriminis fit, et frequentioris interitus. (*Rat. med. continuat., part.* 1.)

la pointe; bouche amère, soif, anorexie; quatre selles liquides; pouls dur, fréquent; peau chaude. (*Saignée de quatre palettes.*)

Le sang, tiré de la veine, ne se rassembla point en un caillot; mais les morceaux de fibrine restèrent comme dissous dans la sérosité.

Le lendemain 19, fièvre intense, taches très petites, pâles, disséminées sur le thorax et sur l'abdomen; langue à peu près dans un état naturel, dix selles, légère sueur la nuit. — Le 20, peu de fièvre, pâleur extrême de la face, quatre selles seulement, taches moins nombreuses, toux légère. (*Tisane d'orge gommée.*) — Les 21 et 22, fièvre plus forte, mêmes symptômes du côté des voies digestives, disparition graduelle des pétéchies. — Dans la matinée du 23 (du quatorzième au quinzième jour), une sueur très abondante s'établit; elle cessa dans la journée. Le soir, la peau de l'abdomen et de la partie interne des cuisses se couvrit d'une foule de petites pustules crystallines (*sudamina*). — Le 24, apyrexie complète, cessation de la diarrhée. — Le 25, disparition des *sudamina*; convalescence. — Le 27, le malade reprenait rapidement ses forces; et il se disposait à quitter l'hôpital, lorsque le pouls reprit de la fréquence; en même temps, toux considérable, gêne de la respiration : l'oreille, appliquée sur le côté droit du thorax, reconnut, en arrière et latéralement, du râle crépitant. La sonoréité de la poitrine persistait. Ces symptômes de pneumonie furent sur-le-champ combattus par une saignée de trois palettes. Le sang, bien différent de celui de la première saignée, se rassembla en un caillot dense, recouvert d'une couenne peu épaisse. — Le lendemain,

la respiration était revenue à peu près à son état naturel; la fièvre était moindre, et le râle crépitant moins sensible. (*Tisanes émollientes*). Même état le 29. — Le 30, tout symptôme de phlegmasie pulmonaire avait cessé. Le malade ne tarda pas à sortir bien portant.

Ne perdons pas de vue l'aspect particulier du sang de la première saignée. Quelle différence entre ce sang dissous, comme diffluent, et le sang couenneux de la seconde saignée ! Lorsque celle-ci fut pratiquée, l'un des poumons était frappé de phlegmasie. Lors de la première émission sanguine, il n'y avait qu'une irritation légère des voies digestives. Nous aurons occasion de revenir sur ce sujet.

Aucun soulagement ne suivit la première saignée : c'est quelques heures après qu'elle eut été pratiquée que les pétéchies apparurent; puis elles disparurent peu à peu, bien que la fièvre ne diminuât pas. Des sueurs abondantes, survenues du quatorzième au quinzième jour, et suivies d'une éruption de *sudamina*, parurent juger la maladie.

Sans le secours de l'auscultation, il n'eût peut-être pas été possible de constater, dès son début, l'existence de la pneumonie; l'inflammation aurait fait de funestes progrès, et, reconnue vingt-quatre heures plus tard, elle n'aurait pas été aussi facilement enlevée.

LVe OBSERVATION.

Un charpentier, âgé de dix-neuf ans, n'habitant Paris que depuis deux mois, fut pris de diarrhée, sans cause

connue, le 18 juillet; elle continua jusqu'au 23, sans que le malade en fût incommodé. Il allait quatre ou cinq fois à la selle en vingt-quatre heures, avec de légères coliques avant chaque évacuation. — Le 23 juillet, il ressentit, entre midi et une heure, du frisson qui, au bout de trois quarts d'heure environ, fut remplacé par une vive chaleur; il sua très peu. — Le lendemain, dans la matinée, il éprouva un grand malaise. Un médecin, consulté, trouva de la fièvre, et fit appliquer huit sangsues sur l'épigastre. Cette application n'empêcha pas le frisson de revenir à midi, et d'être suivi, comme la veille, de chaleur et d'une sueur légère. Cet accès se reproduisit ainsi tous les jours jusqu'au 1er août; le malaise qui existait dans l'intervalle des accès semblait indiquer que la fièvre ne cessait pas. Le dévoiement, pendant tout ce temps, n'augmenta ni ne diminua.

Nous vîmes le malade, pour la première fois, dans la matinée du 1er août. Il avait alors de la fièvre; la face était rouge, la langue un peu animée; trois ou quatre selles avaient eu lieu depuis vingt-quatre heures; le ventre était indolent. (*Tisane d'orge gommée, diète.*) A midi, frisson, chaleur et sueur comme les jours précédents. — 2 et 3 août, même état. — Le 4, fièvre le matin comme à l'ordinaire; chaleur ressentie par le malade à une heure après midi, sans frisson initial, suivie d'une très légère moiteur. — Le 5, aucun redoublement n'eut lieu; même nombre de selles; état naturel de la langue. — Le 6, le pouls avait perdu sa fréquence, et la peau sa chaleur; le nombre des selles n'avait pas diminué; la partie inférieure du thorax et la partie supérieure de l'abdomen étaient couvertes par huit ou dix petites taches

rosées, saillantes, la plupart, au-dessus du niveau de la peau; le toucher seul faisait reconnaître cette saillie. Les pétéchies persistèrent jusqu'au 8, puis elles s'effacèrent peu à peu. Le malade quitta l'hôpital le 10, étant parfaitement rétabli.

Cette observation offre un exemple bien tranché de fièvre rémittente. Une diarrhée peu abondante en marqua le prodrome. Après une application de sangsues, et quelques jours de diète absolue, le frisson ne revint plus; l'on n'observa ensuite qu'un simple redoublement, qui cessa à son tour, en même temps que la langue perdit sa légère rougeur. Enfin, la fièvre, devenue simplement continue, cessa elle-même, bien que la diarrhée persistât encore. Ainsi, chez cet individu, la fièvre ne parut exister que tant que l'estomac fut irrité: la circulation rentra dans son état normal dès qu'il n'y eut plus que le gros intestin dont les fonctions fussent encore lésées. C'est lorsque la fièvre eut complétement cessé, et lorsque le malade entrait en convalescence, que les pétéchies se montrèrent. Leur apparition ne parut ni hâter ni retarder les progrès du retour vers la santé.

Un autre individu eut aussi pendant le même mois des taches pétéchiales sur l'abdomen, vers la fin d'une fièvre continue bénigne, qui avait cédé en quelques jours à l'usage des simples délayants.

LVIe OBSERVATION.

Un maçon, âgé de dix-huit ans, reçut une pluie

abondante, le 12 mai. Ce jour-là, vomissement et diarrhée. Jusqu'au 21, abattement, malaise général, deux ou trois selles chaque jour. Lors de son entrée, le 31 mai, fièvre, langue vermeille, appétit, une seule selle, ventre indolent et souple. (*Tisanes adoucissantes.*) Même état jusqu'au 5. — Le 6, le pouls était à peine fréquent, la peau sans chaleur. Cinq ou six taches rosées, un peu saillantes, larges comme une lentille, avaient apparu depuis la veille sur le devant de la poitrine. Elles persistèrent le 7 et le 8; le malade était d'ailleurs convalescent. Elles n'existaient plus le 9.

Chez ce malade, comme chez les deux individus précédents, les pétéchies se montrèrent au moment de la convalescence.

Il est hors de doute que la maladie avait ici débuté par une irritation gastro-intestinale; mais lorsque nous vîmes le malade, il n'existait plus aucune trace de gastrite ni d'entérite, et cependant une fièvre assez intense persistait.

LVIIe OBSERVATION.

Un passementier, âgé de dix-sept ans, à Paris depuis trois ans, entra à la Charité, accusant aux deux jambes des douleurs que la pression n'augmentait pas. Il avait un grand malaise, de la céphalalgie, une anorexie complète, du dévoiement. Cet état durait depuis huit jours. Il avait bu du vin chaud sucré. Lorsque nous le vîmes, la face était rouge, l'œil animé, le pouls plein, fréquent, le

ventre indolent et souple, la langue humide, colorée par le vin. (*Saignée de deux palettes; orge avec le sirop tartareux; lavement de lin.*) — Le sang tiré de la veine n'offrit pas de couenne. La nuit, le malade eut plus de sommeil et moins de rêves. Le lendemain, 7 juin, le nombre des selles était le même (six à sept). Le pouls était moins fréquent. Du 7 au 10, diminution du dévoiement, persistance de la fièvre.

Le 10, quelques petites taches rosées apparurent sur la poitrine; même état d'ailleurs.

Le 11, persistance des taches; peau sans chaleur, pouls sensiblement moins fréquent. Le 12, disparition presque entière des taches, pouls à peine fréquent, une seule selle. Le 15, disparition complète des pétéchies; apyrexie complète. Les jours suivants, bon appétit, retour des forces, persistance des douleurs des jambes: ces douleurs cédèrent à l'usage des bains sulfureux.

Comme chez les individus précédents, les pétéchies se montrèrent vers la fin de la maladie; mais ici elles semblèrent avoir un caractère plus décidément critique. Bien qu'il n'y eût plus que de très légers symptômes d'irritation du côté des voies digestives, la fièvre, que la saignée avait un peu diminuée, ne cédait cependant pas. A peine les pétéchies eurent-elles apparu, que le mouvement fébrile devint presque nul. Néanmoins, les trois jours suivants, pendant lesquels les taches persistèrent, le pouls conserva une légère fréquence; elle cessa dès que l'éruption fut entièrement flétrie.

LVIIIe OBSERVATION.

Un domestique, âgé de dix-huit ans, d'un tempérament lymphatique, chairs molles, peau blanche et rosée, cheveux roux, sans place depuis quelque temps, se plaint de tousser et d'avoir perdu l'appétit depuis cinq à six jours. Depuis ce temps aussi, il a un léger dévoiement, et un redoublement de fièvre très marqué chaque après-midi. Entré à la Charité le 4 mai, il présente les symptômes suivants. Céphalalgie sus-orbitaire, face très rouge, animée; forces musculaires bien conservées, mouvements libres, bouche mauvaise, langue chargée, ventre indolent; le dévoiement n'existe plus; toux assez forte, sans douleur ni dyspnée; expectoration catarrhale; pouls fréquent, plein; peau halitueuse. (*Saignée de deux palettes à huit heures du matin.*) Le sang se réunit en un caillot large, mou, sans couenne. A midi, le malade prit douze grains d'ipécacuanha et un grain d'émétique. Il eut d'abondants vomissements et des selles copieuses. — Le lendemain, 5 mai, son état était le même; mais à dater de cette époque, il n'eut plus de redoublement dans l'après-midi. — Le 6, pas de changement.

Le 7, face très rouge, langue animée, sèche au milieu; trois selles liquides, ventre indolent, pouls fréquent, peau chaude et sèche; petites taches rosées, lenticulaires sur la poitrine, faisant une saillie légère, sensible seulement au tact. (*Tisane d'orge édulcorée.*)

Le 8, les pétéchies se sont étendues à l'abdomen; même état.

Du 9 au 12, les taches persistent; elles sont très mul-

tipliées, véritablement confluentes, et conservent leur teinte rosée; le dévoiement se modère (deux à trois selles en vingt-quatre heures); la langue reprend un aspect naturel, le pouls est peu fréquent, la peau reste constamment moite. (*Tisanes adoucissantes, diète sévère.*)

Le 13 et le 14, les taches s'effacent, le dévoiement n'existe plus : le malade demande à manger; cependant le pouls conserve un peu de fréquence. — Le 16, les taches sont entièrement effacées ; le malade est très bien.

Les taches pétéchiales se sont ici montrées au moment où la maladie était dans sa plus grande intensité. Elles ont été beaucoup plus nombreuses que chez aucun des individus précédents. Pendant qu'elles se sont multipliées, l'état des fonctions digestives s'est amélioré, et la fièvre a diminué. Comme chez quelques uns des autres malades, le trouble de la circulation a survécu à toute espèce de symptôme local, et n'a complétement cessé, comme dans la cinquante-septième observation, que lorsque les pétéchies elles-mêmes ont été entièrement effacées.

La peau devint moite dès qu'une amélioration franche commença à avoir lieu.

Chez cet individu, aucun amendement ne suivit le traitement actif qui fut employé au moment de son entrée; les symptômes restèrent deux jours stationnaires, puis ils s'aggravèrent; la nature, aidée d'une médecine purement expectante, amena la guérison.

LIXe OBSERVATION.

Un tailleur, âgé de vingt-neuf ans, habitant Paris depuis onze mois, était depuis quelque temps sans ouvrage, et menait une vie assez misérable, lorsque le 8 mars il fut pris d'une épistaxis abondante. A midi, il sentit du frisson, et sua abondamment dans la soirée. — Du 8 au 12, il eut chaque jour des saignements de nez, et chaque jour aussi il eut, dans l'après-midi, un accès complet de fièvre; en outre, il toussait beaucoup. Entré, le 13, à la Charité, il eut un accès comme les jours précédents. La sueur se prolongea jusqu'au lendemain matin 14; alors le pouls était fréquent, plein, résistant; la couleur rouge des joues présentait un contraste frappant avec la teinte jaunâtre du pourtour des ailes du nez et des lèvres; les yeux étaient abattus et mornes; l'ensemble de la physionomie exprimait la stupeur. Langue vermeille, soif vive, constipation, toux pénible, mal de gorge, expectoration catarrhale, respiration libre, épistaxis, douleur sous-sternale. (*Saignée de quatre palettes; tisane de violette.*) Le sang se réunit en un large caillot, peu consistant, recouvert d'une couenne très mince. — Accès de fièvre comme à l'ordinaire dans la soirée.

Dans la matinée du 15, le malade était sans fièvre. Accès dans la soirée.

A la visite du 16, le pouls était fréquent, la peau chaude. Des taches rosées, arrondies, lenticulaires, existaient en assez grande quantité sur l'abdomen.

Du 16 au 20, la fièvre fut continue avec redoublement chaque soir sans frisson initial. Légère épistaxis chaque matin; stupeur; mouvements musculaires libres.

Langue un peu animée, et tendant à se sécher ; peu de soif ; selles ordinaires. Persistance des taches. (*Tisanes émollientes, diète.*)

Le 21, une saignée de deux palettes fut pratiquée. Le sang forma un large caillot sans couenne.

Le 22, le malade était mieux ; l'expression de la physionomie était plus naturelle ; la fièvre avait moins d'intensité. Les taches ne se multipliaient ni ne diminuaient.

Du 22 au 30, un peu de dévoiement s'établit. (Trois ou quatre selles liquides, sans colique ni ténesme, en vingt-quatre heures.)

En même temps les sueurs et les saignements de nez cessèrent. Le redoublement du soir n'eut plus lieu. Le matin, la fièvre était très modérée ; les taches persistaient. La langue, pâle, conservait toujours de la tendance à se sécher. Le malade demandait à manger. On ne lui accordait que quelques bouillons. Il prenait des tisanes délayantes. On ne chercha point à suspendre le dévoiement.

Dans les premiers jours d'avril, le pouls perdit sa fréquence, la langue s'humecta, la diarrhée cessa peu à peu, les taches disparurent, et le malade entra en convalescence.

Cette maladie débuta sous forme d'une fièvre intermittente quotidienne. Six accès avaient déjà eu lieu lorsqu'elle fut soumise à notre observation. Une épistaxis périodique avait précédé chaque accès. Une émission sanguine paraissait indiquée par l'intensité de la réaction générale. La saignée n'empêcha pas le retour de l'accès ; vingt-quatre heures après qu'elle eut été pratiquée, des

taches pétéchiales apparurent; des symptômes d'une légère irritation gastrique se manifestèrent, et la fièvre devint continue. Au milieu de l'amélioration manifeste qui suivit la deuxième saignée, les pétéchies ne subirent aucun changement. Les sueurs, les épistaxis cessèrent alors, et furent remplacées par une diarrhée peu abondante. La maladie sembla en quelque sorte se terminer peu à peu par une sorte de *lisis*.

LXe OBSERVATION.

Un manœuvre, âgé de dix-neuf ans, d'une constitution faible, n'habitant Paris que depuis vingt jours, fut pris le 30 août d'un violent mal de tête et d'anorexie. Il commença en même temps à tousser. Lorsqu'il entra à l'hôpital (7 septembre), il était pâle, et semblait déjà profondément affaibli. Langue blanche; sept à huit selles en vingt-quatre heures; pouls fréquent et assez faible; toux, crachats de catarrhe. (*Violette et orge gommées, looch.*) 8, 9 et 10, même état.

Le 11 septembre, la toux était devenue plus fréquente et plus pénible; il y avait de l'oppression. Les crachats présentaient un peu de viscosité; le pouls avait acquis de la dureté. L'inflammation des bronches semblait menacer de se propager au parenchyme. (*Saignée de trois palettes.*)

12. Les symptômes de pneumonie avaient disparu, mais la faiblesse était considérable; quelques pétéchies étaient éparses sur l'épigastre. Le sang tiré de la veine, mou et sans consistance, ressemblait au sang d'une épi-

staxis. La diarrhée persistait. (*Vésicatoires aux jambes, tisanes adoucissantes.*)

Du 12 au 20, les forces se relevèrent peu à peu; la langue, couverte d'un enduit jaunâtre, épais, se nettoya; la diarrhée cessa, les taches disparurent, le pouls perdit chaque jour de sa fréquence. Du 21 au 26, le malade put être considéré comme en convalescence, mais il restait faible, pâle, anémique; il avait peu d'appétit. Pendant la fin du mois de septembre, et dans les premiers jours d'octobre, il prit chaque matin avec avantage un peu de vin d'absynthe. Il sortit bien portant le 9 octobre.

Cette observation présente à remarquer les symptômes de prostration qui existaient dès l'époque de l'entrée du malade, et qui augmentèrent d'une manière si notable après qu'une saignée eut été pratiquée. Les pétéchies se montrèrent, comme chez le précédent malade, après l'émission sanguine; mais d'un autre côté, celle-ci fit avorter l'inflammation du poumon. Il est présumable qu'une véritable pneumonie serait survenue si, effrayé par l'état de faiblesse générale, on n'eût pas ouvert la veine, ou même si l'on n'eût prescrit qu'une simple application de sangsues. Le sang présenta un aspect en rapport avec l'ensemble des autres symptômes. Un aspect semblable nous a déjà été offert par le malade qui fait le sujet de la LIVe observation. Après que la saignée eut détruit la congestion inflammatoire qui tendait à s'opérer sur les poumons, les forces, que l'émission sanguine avait épuisées, furent avantageusement relevées par l'action stimulante des vésicatoires.

C'est dans des cas de ce genre qu'il est bien difficile de ne pas admettre que les toniques, donnés avec prudence et modération, hâtent les progrès de la convalescence en relevant les forces languissantes des organes digestifs.

Il n'est pas un praticien qui n'ait observé, à la suite de toutes les maladies un peu graves, la faiblesse des fonctions locomotrices, intellectuelles et sensoriales. Serait-il raisonnable de nier que cette faiblesse peut aussi frapper les organes digestifs dans certaines convalescences ?



LXIe OBSERVATION.

Un homme de vingt ans, chargeur, à Paris depuis six mois, taille élancée, cheveux blonds, peau blanche, muscles grêles, ne faisant aucun excès et se nourrissant bien, fut pris, vers le 15 mai, d'un grand dévoiement sans colique. Le 23 il se sentit très fatigué, et garda le lit jusqu'au 29, époque de son entrée à l'hôpital. Il avait observé une diète sévère, et bu un peu de tisane. Il eut plusieurs fois des épistaxis.

Le 30, face rouge, yeux abattus, air prostré, sentiment de faiblesse ; taches rosées, arrondies, éparses en petit nombre sur l'abdomen. Tremblement des lèvres, langue rouge et sèche, soif ; deux selles, semblables à de l'eau teinte en jaune, depuis vingt-quatre heures ; toux légère ; pouls fréquent, développé ; peau chaude et sèche. (30 *sangsues à l'anus, tisane d'orge édulcorée, diète.*)

1er juin, les taches s'étaient multipliées sur l'abdomen, et s'étaient étendues à la poitrine ; l'air de stupeur avait

augmenté; la langue était brunâtre à son centre, et très sèche; une seule selle liquide avait eu lieu; la fièvre persistait; le pouls se déprimait plus facilement; la peau conservait sa sécheresse. (*Tisane d'orge gommée.*) — 2 et 3 juin, pas de changement.

Dans la soirée du 3 juin (21e jour à compter de l'époque à laquelle avait commencé la diarrhée), une sueur abondante s'établit; elle continua une partie de la nuit.

Dans la matinée du 4, le malade était sensiblement mieux. La langue était humide; les taches pétéchiales étaient presque entièrement effacées; les traits de la face avaient une expression plus naturelle; le pouls était à peine fréquent; le dévoiement avait augmenté. (Trois selles.) — Les sueurs reparurent le soir et durèrent toute la nuit.

5 juin, apyrexie, cessation de la diarrhée. (*Deux bouillons.*) Convalescence les jours suivants.

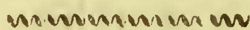
Il semble évident que dans ce cas la maladie s'est jugée par des sueurs. Au milieu de l'amélioration générale qui succéda à leur apparition, nous remarquons une légère augmentation de la diarrhée. Les anciens auraient regardé cette circonstance comme favorable; ils eussent dit que la crise s'opérait à la fois et par les sueurs et par les selles; ils eussent même donné de doux laxatifs pour entretenir le cours de ventre. Dans l'école de M. Broussais, l'on regarderait l'augmentation de la diarrhée coïncidant avec l'amendement incontestable de tous les autres symptômes, comme le résultat du déplacement de l'irritation, qui, de l'estomac, où sa présence était annon-

cée par l'aspect de la langue, se serait portée sur le gros intestin, et en même temps sur le système cutané.

Au moment où le malade entra à l'hôpital, les épistaxis des jours précédents, la stupeur, les pétéchies, semblaient annoncer une affection typhoïde grave. Les pétéchies persistèrent et même s'étendirent tant que la maladie tendit à s'accroître; elles disparurent en même temps que la sueur critique s'établit. Ainsi, selon l'ancien langage, les pétéchies furent dans ce cas véritablement symptomatiques.

L'application de sangsues à l'anus, faite le premier jour, parut peu avantageuse, si même elle ne fut pas nuisible. Il est du moins certain que cette émission sanguine fut suivie d'une exacerbation manifeste de tous les symptômes ; la diarrhée seule se modéra. Ainsi c'est aux deux époques les moins graves de la maladie que le cours de ventre fut le plus abondant.

Les jours suivants, on s'abstint de toute médecine active ; et c'est peut-être parceque la marche de la nature ne fut pas troublée que la crise par les sueurs fut si évidente.



LXIIe OBSERVATION.

Un maçon, âgé de dix-neuf ans, à Paris depuis deux ans, d'une assez faible constitution, s'était couché très bien portant le 21 juin. Il n'avait fait rien d'insolite dans la journée. Le 22, en se levant, il sentit de la céphalalgie, un malaise général et une grande lassitude. Il alla cependant travailler comme à son ordinaire ; mais bien-

tôt un violent frisson l'obligea de suspendre ses occupations; il se mit au lit : au frisson succéda une chaleur brûlante, toute la nuit il sua abondamment. Les cinq jours suivants il fut, dit-il, presque continuellement en sueur. Il avait perdu complétement l'appétit, ne vomissait pas et était constipé. Il avait aussi une toux légère. Le 25, il eut des sangsues à l'épigastre. Entré à la Charité dans la soirée du 28 juin, il disait ressentir depuis quelques heures seulement au-dessous du téton gauche une vive douleur que la pression augmentait. La respiration était gênée; il y avait beaucoup de fièvre. Une saignée de trois palettes fut pratiquée. Le sang se couvrit d'une couenne épaisse. Pendant la nuit le malade délira. Dans la matinée du 28, il n'offrait plus cet état d'excitation générale qu'il avait présenté la veille au soir; le point de côté avait disparu; la respiration était calme, la toux peu fréquente, les crachats sans caractère; la fréquence du pouls était médiocre; mais ce qu'il y avait surtout de remarquable, c'était l'affaissement des traits porté à un haut degré, une faiblesse générale telle que le moindre changement de position était très pénible. La langue était un peu chargée, la bouche pâteuse, les lèvres et les dents sèches, le ventre indolent; il n'y avait pas eu de selle depuis deux jours. La peau était sans chaleur; plusieurs taches rosées, de la grandeur d'une piqûre de puce, et légèrement saillantes, étaient disséminées sur la poitrine. (*Violette oxymélée, lavement émollient, trois bouillons.*) Aucune selle n'eut lieu malgré le lavement. Le soir, sueur abondante; la nuit, réapparition du délire.

Le 29, expression de la face plus naturelle; intégrité de l'intelligence; apyrexie complète. Dès ce moment,

aucun accident fâcheux ne survint ; la convalescence fut courte, et le malade quitta l'hôpital le 10 juillet.

Quelques circonstances de cette maladie ne sont pas sans intérêt.

Le début fut celui d'une fièvre intermittente. Cependant, tandis que dans celle-ci le frisson survient le plus ordinairement au milieu d'un parfait état de santé, il avait été ici précédé par un malaise général et par des lassitudes spontanées. La fièvre persista les jours suivants, sans qu'aucun organe parût être spécialement atteint : on ne pouvait méconnaître toutefois une irritation légère des muqueuses digestive et pulmonaire. Le 6e jour, cette sorte de disposition générale à l'inflammation se concentre sur la poitrine, et une pleuropneumonie semble imminente. Une saignée est pratiquée ; les symptômes de phlegmasie pulmonaire disparaissent; et le délire, qui survient pendant la nuit, annonce que le cerveau, à son tour, est devenu le siége spécial de l'irritation. Cependant dès le lendemain, tout signe de phlegmasie a cessé ; il y a à peine de la fièvre, et nous sommes surtout frappés par les symptômes d'une forte prostration avec apparition de pétéchies. Le pronostic nous semble très défavorable. Le retour du délire, la nuit suivante, confirme nos craintes; mais heureusement elles sont sans fondement; le surlendemain la prostration n'existe plus, les taches ont disparu, la fièvre a complétement cessé, et le malade entre en convalescence. Comment saisir dans cette succession rapide de symptômes la marche d'une maladie telle qu'on la trouve décrite dans les livres ?

LXIII[e] OBSERVATION.

Un serrurier, âgé de vingt-trois ans, à Paris depuis neuf mois, avait du dévoiement depuis plusieurs jours lorsqu'il entra à la Charité. A cette époque, air de stupeur, céphalalgie; langue rouge et sèche, brune à son centre, ventre indolent, un peu tendu, dévoiement moindre. Pouls de fréquence médiocre, inégal sous le rapport de la force, peau couverte d'une sueur abondante; taches rouges, un peu saillantes, variant depuis la largeur d'un grain de millet jusqu'à celle d'une petite lentille, éparses sur le ventre et sur la poitrine. (*Deux vésicatoires aux jambes. Tisane d'orge, lavement émollient, fomentations émollientes sur l'abdomen.*) Dans la soirée du 7, sueurs, pouls sans fréquence. Cinq à six selles liquides, langue humide. Le lendemain 8 août, langue plus humide, toujours brune au centre, sueur abondante, pouls sans fréquence, un peu irrégulier; plusieurs selles, appétit. Persistance des taches.

Les trois jours suivants, cessation de la diarrhée; langue naturelle, pouls sans fréquence, sueurs continuelles. Les pétéchies ne diminuent pas. A dater du 12, pleine convalescence: cependant les pétéchies ne disparurent entièrement que le 16.

Des symptômes assez graves existaient à l'époque de l'entrée du malade, bien que la fréquence du pouls ne fût que très médiocre. L'utilité des vésicatoires fut évidente. Des sueurs abondantes continuèrent à avoir lieu après que le pouls fut entièrement revenu à son état nor-

mal. Les pétéchies, qui avaient commencé à se montrer à l'époque de la plus grande intensité de la maladie, ne diminuèrent point avec elle. Ces taches pétéchiales survécurent en quelque sorte à tous les autres symptômes, et parurent ainsi en être entièrement indépendantes.

LXIVe OBSERVATION.

Un maçon, âgé de dix-huit ans, chairs flasques, constitution molle, à Paris depuis cinq mois, et s'y étant toujours bien nourri, est mal portant depuis un mois. Il éprouva d'abord pendant quinze jours un malaise général, des douleurs abdominales passagères, puis il cessa de travailler. Il eut encore assez de force pour venir à pied à l'hôpital. La langue était animée, rouge, tendant un peu à se sécher; la soif modérée; les selles étaient régulières, le ventre souple, indolent; le pouls fréquent et faible; la peau chaude et sèche. Quelques taches pâles, lenticulaires, existaient sur l'abdomen. (*Tisane d'orge gommée.*)

Pendant les quatre ou cinq jours suivants, ce malade s'affaissa beaucoup; un air de stupeur très prononcé se répandit sur toute la face, qui était d'une pâleur extrême; la peau avait peu de chaleur; les fonctions digestives restaient dans le même état. Deux vésicatoires furent appliqués aux jambes.

Le 8 août, sept jours après l'entrée du malade, on prescrivit une demi-once d'extrait mou de quinquina, délayée dans la potion gommeuse de la Charité; une tasse de vin, un lavement de camomille.

Le même traitement fut continué jusqu'au 14. Pendant ce temps, nous vîmes les forces se relever, la physionomie reprendre un bon aspect, et le pouls perdre peu à peu sa fréquence : la langue ne rougit pas davantage; le nombre des selles ne fut point augmenté.

Le 14, le malade était convalescent : l'on apercevait encore trois ou quatre pétéchies. Le quinquina fut supprimé; le rétablissement fut prompt.

Un état de malaise assez long, intermédiaire entre la santé et la maladie, servit en quelque sorte de prodrome à cette affection. Lorsque le malade se présenta à notre examen, il était déjà dans un état de débilité profonde, et l'aspect de la langue semblait dénoter une phlegmasie gastrique. Dans cet état, une émission sanguine ne pouvait avoir que de fâcheux résultats. M. Lerminier crut devoir se borner à une médecine expectante; mais la prostration augmenta de jour en jour : deux vésicatoires, appliqués aux jambes, ne relevèrent pas les forces : ce fut alors que, malgré la rougeur de la langue, et ayant égard surtout à la stupeur, au teint pâle et livide, au défaut de chaleur de la peau, à la faiblesse du pouls, à la couleur livide des pétéchies, M. Lerminier tenta l'emploi d'une médication tonique assez active. Nous avons vu quel en fut l'heureux effet.

Les pétéchies ne s'effacèrent que peu à peu; quelques unes existaient encore à l'époque de la convalescence.

LXVe OBSERVATION.

Un menuisier, âgé de vingt-deux ans, n'habitant Paris que depuis trois mois, cheveux châtains, peau blanche, muscles grêles, ressentit, sans cause connue, le 16 juillet, un grand mal de tête. Les jours suivants, persistance de la céphalalgie, douleur à l'épigastre, perte d'appétit, nausées, frissons passagers, toux légère, mal de gorge, constipation. Il resta dans cet état intermédiaire entre la santé et la maladie jusqu'au 22; il garda le repos, et observa une diète assez sévère. Il entra le 22 à la Charité.

A la visite du 23, la face était colorée, les yeux brillants et injectés; les paupières, appesanties, se soulevaient avec peine; une violente céphalalgie frontale, des étourdissements, des tintements d'oreille, annonçaient un afflux considérable de sang vers le cerveau. Un enduit blanchâtre, épais, couvrait la langue; l'anorexie était complète, et la soif peu vive. L'abdomen était le siége d'une douleur générale qui augmentait par l'ingestion des boissons. — La veille, il y avait eu une selle pour la première fois depuis six jours; le pouls était fréquent et plein, la peau chaude, halitueuse; une toux légère existait.

Cet ensemble de symptômes inflammatoires était assez fortement prononcé pour qu'une émission sanguine fût indiquée. (*Saignée de trois palettes, petit-lait tamariné, lavement émollient, diète absolue.*) — Le sang, tiré de la veine, se rassembla en un large caillot sans couenne.

Les trois jours suivants, il n'y eut aucun changement sensible ; une selle toutes les vingt-quatre heures.

Dans la nuit du 26 au 27, plusieurs selles liquides eurent lieu, précédées de légères coliques. — Le 27, le ventre était un peu ballonné et douloureux ; la toux, très légère les jours précédents, était devenue plus forte et plus fréquente ; la respiration était courte, la parole un peu haletante ; l'expectoration était purement catarrhale ; l'auscultation et la percussion n'apprenaient rien ; la chaleur de la peau était peu considérable, et la fréquence du pouls médiocre ; quelques taches arrondies, lenticulaires, d'une couleur assez analogue à celle de la rouille de fer, paraissant un peu saillantes au toucher, étaient éparses sur le thorax et sur l'abdomen. (*Douze sangsues à l'anus, tisane d'orge, potion gommeuse.*)

Le lendemain, la respiration était plus libre, la toux plus rare ; la douleur abdominale avait disparu après l'application des sangsues ; les taches s'étaient multipliées, la soif était vive, les lèvres se séchaient ; dix à douze selles avaient eu lieu depuis vingt-quatre heures.

Le 29, la langue rougissait, pour la première fois, sur les bords et à la pointe ; le pouls, très fréquent, présentait comme deux temps à chaque battement. (*Douze sangsues à l'anus.*)

Le 30, le malade avait un air soucieux et distrait ; ses yeux paraissaient peu en rapport avec les objets environnants ; la mâchoire inférieure exécutait de temps en temps des mouvements latéraux. Lorsqu'on interrogeait le malade, l'on observait une mobilité extrême dans ses idées ; il semblait être dans un état voisin du délire. Il avait eu deux ou trois selles involontaires ; la langue avait

repris un aspect entièrement naturel; les taches, confluentes sur le thorax et sur l'abdomen, s'étaient étendues au cou et aux bras. (*Deux vésicatoires aux jambes, tisane d'orge, lavement émollient, un bouillon.*)

Le 31, les facultés intellectuelles avaient repris leur netteté; cependant l'air distrait persistait; du reste, même état.

Le 1er août, air de stupeur, diminution de la diarrhée. — Dans la journée, le malade parla souvent tout seul, et tint des propos incohérents; la peau brûlante restait constamment sèche.

Le 2 août, augmentation de la stupeur, idées très obtuses, perte de mémoire, parole embarrassée, comme si la langue était sèche; cependant elle était humide, vermeille comme dans l'état de santé: trois ou quatre selles liquides, peu abondantes, avaient eu lieu; le pouls se déprimait facilement; il conservait d'ailleurs le même caractère. L'éruption confluente couvrait l'abdomen, le thorax et le cou; il n'y avait plus de taches aux bras. Continuation des tisanes délayantes.

Du 3 au 6, la stupeur, l'affaissement des traits, l'affaiblissement de l'intelligence firent de sensibles progrès; les autres symptômes restèrent les mêmes. — Le 7, le malade prit, pour la première fois, une demi-once d'extrait de quinquina dans une potion gommeuse. — 8 et 9, même état, même prescription.

Le 10, une pinte d'infusion aqueuse de quinquina fut ajoutée à la prescription; trois bouillons.

Du 10 au 13, le dévoiement cessa; une selle dure eut lieu toutes les vingt-quatre heures; la langue avait le plus bel aspect, le ventre était souple et indolent; les facultés

intellectuelles reprirent leur énergie, l'air de stupeur disparut, les taches s'effacèrent, et là où elles avaient existé l'on observait une desquamation de l'épiderme; le pouls devint moins fréquent. Cet heureux changement eut lieu pendant l'administration des toniques.

Le 14, le pouls avait perdu entièrement sa fréquence, et la peau sa chaleur. Dès ce moment le malade put être regardé comme étant en convalescence. L'extrait de quinquina fut supprimé; mais son infusion aqueuse fut continuée encore pendant huit à dix jours. Le malade quitta l'hôpital, très bien portant, le 1er septembre.

Cette observation fournit un exemple d'une éruption pétéchiale très confluente et très étendue; rarement on en rencontre de semblables. Elle apparut en même temps que les symptômes ataxo-adynamiques, et se flétrit à mesure que ceux-ci diminuèrent. La desquamation de l'épiderme, qui marqua la fin de cette éruption, lui donne quelque trait d'analogie avec la rougeole ou la scarlatine.

Lorsque le malade entra à la Charité, il eût été bien difficile, je pense, de dire d'une manière positive si un organe était en particulier plus lésé que les autres. Il semblait que l'encéphale, les poumons, les viscères abdominaux, fussent tous en quelque sorte dans l'imminence de l'inflammation. Au milieu de ce bouleversement général de toute l'économie, le sentiment de la faim pouvait être sans doute anéanti sans que cette anorexie prouvât l'inflammation de l'estomac. Une émotion morale vive produit le même effet, et le dérangement du système nerveux l'explique suffisamment. Ces réflexions ne sont peut-être pas sans importance à l'époque actuelle.

Quoi qu'il en soit, cet ensemble de symptômes inflam-

matoires fut combattu par une saignée générale. Trois jours se passèrent sans qu'aucun amendement eût lieu. Au bout de ce temps, une diarrhée légère s'établit. Le parenchyme du poumon menace de s'enflammer. Des pétéchies apparaissent. Des sangsues sont appliquées à l'anus; les symptômes de pneumonie disparaissent, mais le dévoiement devient plus abondant, et bientôt la rougeur de la langue paraît annoncer que l'estomac s'irrite à son tour. Une deuxième application de sangsues est prescrite; le lendemain, la scène a changé. Ce sont surtout les symptômes nerveux qui prédominent, et la langue a repris un aspect naturel qu'elle conserve jusqu'à la fin de la maladie. Combien est remarquable cette rapide succession de symptômes, et surtout ce singulier mélange d'excitation et de faiblesse? Les symptômes nerveux furent vaincus en partie par l'application des vésicatoires aux jambes; mais bientôt ces symptômes reparurent avec plus d'intensité, et l'état ataxo-adynamique devint de plus en plus prononcé. Tant que l'excitation parut prédominante, les simples délayants furent continués; enfin l'on n'eut plus à combattre que l'adynamie, et les toniques furent employés. Ils purent être d'autant plus hardiment administrés qu'il n'y avait plus aucun signe d'irritation de l'estomac. Le succès de cette médication ne fut pas équivoque.

LXVIe OBSERVATION.

Un maçon, âgé de cinquante-trois ans, fut inondé d'eau froide, pendant qu'il était en sueur, dans la soirée du 29 juillet. Il dormit bien, et n'éprouva rien d'insolite le lendemain

jusqu'à trois heures de l'après-midi. Alors il fut pris d'un violent frisson, qui fut suivi de chaleur et d'une sueur abondante pendant la nuit. Du 30 juillet au 6 août, il eut tous les jours un accès semblable; dans la matinée il se portait très bien, il continuait à manger et à travailler jusqu'à l'heure du frisson. Dans la matinée du 7, il éprouva du malaise; le frisson, survenu à l'heure accoutumée, fut suivi de chaleur et non de sueur. Le 8, le malade éprouva toute la journée une chaleur brûlante et garda le lit. Le 9, même état; il entra à la Charité.

A la visite du 10, nous observâmes l'état suivant: expression de la face assez naturelle, langue rouge et sèche, soif, anorexie, constipation, ventre indolent, pouls fréquent et dur, peau chaude et sèche, respiration un peu accélérée, cinq ou six taches rouges, lenticulaires, saillantes au toucher, occupant l'épigastre et la partie inférieure du sternum. (*Tisane d'orge oxymélée, lavement émollient.*) Dans la journée, l'état du malade ne subit aucun changement.

11. La langue, rouge et sèche, tendait à s'encroûter; pas de selle; pouls dur, de fréquence médiocre; légère moiteur; même caractère de la respiration, taches plus nombreuses. (*Même prescription.*)

12. Air de stupeur, météorisme, même état de la langue, pas de selle, disparition des taches. (*Petit-lait tamariné, deux bouillons.*)

13. Assoupissement, réponses nettes; langue sèche, fendillée, présentant à son milieu une teinte de crème brûlée. Le tamarin n'avait pas vaincu la constipation. (*Addition d'une demi-once de sulfate de soude dans le petit-lait, bouillon aux herbes, tisane d'orge oxymélée,*

lavement émollient, deux bouillons.) Une seule selle eut lieu jusqu'au lendemain matin; le malade resta assoupi toute la journée.

14. La tendance au coma persistait. Même état de la langue. La respiration était toujours un peu accélérée. Du râle crépitant s'entendait dans différents points de la poitrine. (*Vésicatoire sur le sternum.*)

Du 15 au 20, l'état du malade ne subit aucun changement sensible. Ses idées se troublaient de temps en temps; il conservait assez de force pour se mettre facilement sur son séant. Le 20, une légère diarrhée s'établit. (Trois selles.) Ce même jour, quelques *sudamina* apparurent sur l'abdomen; en même temps une autre éruption se manifesta. La partie inférieure du sternum, le flanc gauche et le même côté du thorax se couvrirent d'une foule de petites plaques rouges, confluentes, surmontées la plupart de vésicules miliaires, transparentes.

Le lendemain 21, la double éruption persistait ainsi que la diarrhée. La langue s'était humectée, le pouls était moins fréquent.

Du 21 au 24 les *sudamina* et les pustules miliaires se flétrirent. La langue était rendue à son état naturel; cependant l'air de stupeur ne cessait point; le malade restait plongé dans une sorte d'engourdissement physique et moral. Le râle crépitant, qui s'entendait en arrière des deux côtés de la poitrine, paraissait annoncer un œdème des poumons. Le pouls conservait de la fréquence, et la peau de la chaleur. La diarrhée avait cessé; jusqu'alors le malade n'avait pris que des tisanes adoucissantes. M. Lerminier prescrivit l'hydromel composé et une forte décoction de racine de polygala.

Les jours suivants, sous l'influence de cette nouvelle médication, une amélioration très rapide eut lieu; le râle crépitant cessa, les forces se relevèrent, la face reprit son expression naturelle, et le malade ne tarda pas à quitter l'hôpital dans un état de santé parfait.

Cette maladie débuta par une fièvre intermittente quotidienne, qu'une cause évidente (l'impression d'un froid humide sur la peau) sembla produire. Au bout du huitième accès, cette fièvre intermittente se transforma en continue. Pendant tout son cours, les symptômes d'une forte irritation gastrique prédominèrent. L'apparition et la disparition des pétéchies semblèrent sans influence. Le vingt-deuxième jour, à dater du moment de l'invasion de la fièvre intermittente, et le quatorzième de la fièvre continue, divers phénomènes critiques se manifestèrent. N'est-il pas du moins permis de considérer comme tels la diarrhée qui succéda à une constipation opiniâtre, les *sudamina* et surtout l'éruption miliaire? Ces divers phénomènes coïncidèrent en effet avec un amendement marqué de la maladie. Peut-être, ainsi que nous l'avons déjà vu plusieurs fois, furent-ils d'autant plus manifestes qu'on ne fit aucun traitement actif qui pût déranger la marche de la nature. La dureté du pouls, pendant tout le cours de la maladie, fut une circonstance qui contre-indiqua l'emploi des toniques. Les forces se conservèrent toujours assez bien. La tendance à l'assoupissement fut plus marquée que la véritable stupeur. Quant à l'état de la langue, nous avons déjà pu entrevoir et nous verrons mieux plus tard qu'il est des circonstances dans les-

quelles sa rougeur et sa sécheresse ne sont pas un obstacle à ce que des toniques soient administrés ; mais, lorsque ces circonstances n'existent pas, l'emploi des toniques avec un tel état de la langue doit être redouté.

Cependant, même chez l'individu dont nous retraçons l'histoire, il arriva une époque où une médication tonique devint infiniment utile; ce fut après que la maladie eut été jugée, et qu'un état de langueur de toute l'économie, joint à un engouement des poumons, survivait aux autres symptômes. Nous avons vu avec quelle rapidité le râle crépitant disparut dès que le polygala fut donné. N'est-ce point en relevant les forces générales que l'on obtint la résolution de l'engorgement séreux des poumons? Ceux qui ne voient partout qu'irritations à combattre auraient-ils obtenu un aussi heureux résultat en couvrant la poitrine de sangsues ou même de vésicatoires?

LXVIIe OBSERVATION.

Un cordonnier, âgé de vingt-six ans, avait depuis huit jours une forte céphalalgie sus-orbitaire lorsqu'il entra à la Charité. La langue était rouge, la soif vive, le ventre indolent. Aucune selle n'avait eu lieu depuis six jours. Le pouls était fréquent et plein, la peau moite. Un simple traitement délayant paraissait être ici indiqué. Cependant M. Lerminier tenta l'administration d'un vomitif. (*Deux grains d'émétique dans une pinte d'eau de veau.*) Beaucoup de bile jaune fut vomie; six selles aqueuses eurent lieu. Le lendemain, nous trouvâmes la langue moins rouge; du reste même état. Le malade se

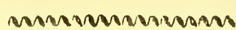
plaignait beaucoup de sa céphalalgie. (*Tisane d'orge oxymélée, lavement de guimauve, pédiluve, deux bouillons.*)

Du 1er au 5 novembre, aucun changement notable n'eut lieu. Le 5, un léger dévoiement s'établit.

Le 6, la diarrhée avait augmenté. La face présentait un air de stupeur remarquable. L'intelligence était engourdie; les mouvements ne se faisaient qu'avec difficulté. Deux sinapismes furent appliqués aux extrémités inférieures.

Le 7 et le 8, accroissement de la prostration. Le pouls était faible; le dévoiement s'était suspendu; la langue avait perdu sa rougeur, un léger enduit blanchâtre la recouvrait. Le malade prit dans la journée une pinte d'infusion aqueuse de quinquina. Ce médicament fut continué jusqu'au 14. Alors les forces étaient relevées; l'intelligence était redevenue nette; l'on n'observait plus qu'une fièvre très modérée. La langue avait pris une belle couleur vermeille; les selles étaient comme dans l'état de santé. Les jours suivants, convalescence.

Ce malade est encore un de ceux chez lesquels nous avons vu la rougeur de la langue diminuer après l'administration d'un vomitif. Au bout de quelques jours, pendant lesquels le malade ne prit que quelques tisanes adoucissantes, cette rougeur disparut complétement; mais en même temps, il survint de la diarrhée, et des symptômes adynamiques se déclarèrent. C'est alors que le quinquina fut donné; et nous vîmes, sous son influence, la prostration disparaître, le dévoiement cesser, et la fièvre diminuer.



LXVIIIe OBSERVATION.

Un ébéniste, âgé de soixante-treize ans, reçut une pluie abondante le 7 juin. Rentré chez lui, il se coucha et éprouva bientôt un grand frisson, qui fut suivi d'une forte chaleur. Les jours suivants, alternatives de froid et de chaud, anorexie, faiblesse générale. Le huitième jour, il entra à la Charité, et présenta l'état suivant.

Céphalalgie, face colorée, tendance à l'assoupissement, parole embarrassée ; langue humide, blanchâtre, ventre souple et indolent, une selle ; pouls fréquent. (*Huit sangsues derrière chaque oreille ; sinapisme aux pieds, lavement de camomille avec addition de trois onces de miel mercuriel. Tisane d'orge.*)

Le lendemain 16 juin, même état. (*Vésicatoires aux jambes.*) Le 17, prostration plus grande, coma, réponses lentes, pénibles ; même état des voies digestives ; deux ou trois selles à la suite du lavement.

18. Air de stupeur très prononcé ; pétéchies sur la partie antérieure de la poitrine ; langue humide, brunâtre, léger dévoiement ; pouls petit et fréquent, peau chaude. (*Décoction de polygala gommée, limonade minérale, deux bouillons, sinapismes.*)

Du 19 au 21, même état. (*Une once de polygala et une demi-once de quinquina, pour une pinte de décoction ; deux onces de vin de quinquina, eau d'orge, limonade minérale.*)

Du 21 au 27, on aperçut chaque jour une légère amélioration ; les pétéchies disparurent, l'enduit brunâtre de la langue s'effaça ; les facultés intellectuelles re-

prirent leur netteté; les traits de la face revinrent à leur état normal; le même traitement fut continué.

27. Apparition d'une parotide à droite. Le 28, elle avait acquis un grand développement. Elle était dure, sensible au toucher, la peau qui la couvrait était rouge. Alors la fièvre augmenta, et la langue se sécha de nouveau. (*Cataplasme émollient sur la tumeur.*) — 29. Rien de nouveau. — 30. Délire la nuit.

Pendant les cinq premiers jours de juillet, la parotide acquit un volume énorme. En même temps prostration, sécheresse et couleur brune de la langue; pouls très fréquent, misérable, peau peu chaude. (*Décoction d'une once de quinquina et d'une once de serpentaire de Virginie acidulée avec l'eau de Rabel, quatre onces de vin de quinquina, limonade minérale, deux tasses de vin, trois bouillons, emplâtre de Vigo sur la tumeur.*)

Le 6, la tumeur s'ouvrit spontanément; beaucoup de pus s'écoula. Le 8, l'ouverture fut agrandie par une incision. Le 9 et le 10, la tumeur diminua rapidement de volume; la fièvre cessa. Des crachats formés d'un mucus verdâtre épais furent expectorés pour la première fois. (*Même prescription.*)

Les jours suivants, la suppuration se tarit peu à peu; les forces se relevèrent promptement, et le malade quitta l'hôpital très bien portant, le 13 juillet.

Lorsque ce malade entra à la Charité, nous observâmes une forte congestion vers la tête que des émissions sanguines dissipèrent. Aucun autre symptôme lo-

cal n'existait. Cependant des symptômes adynamiques survinrent. Les progrès en furent rapides, et le pronostic pouvait être considéré comme très fâcheux, lorsque l'on commença à administrer les toniques. Pendant leur emploi, une amélioration sensible eut lieu, et le malade touchait presque à la convalescence, lorsqu'une énorme parotide se manifesta. Tant qu'elle s'accrut, l'on vit les symptômes adynamiques reparaître et augmenter avec elle. Ces symptômes disparurent, et la fièvre cessa, dès que la tumeur en pleine suppuration commença elle-même à diminuer. Une médication éminemment tonique fut continuée pendant tout ce temps. Au moment où le pouls perdit sa fréquence, l'on observa une expectoration abondante que les anciens eussent regardée comme critique.

LXIXe OBSERVATION.

Un homme de vingt-quatre ans, fortement constitué, à Paris depuis un an, se nourrissant bien, et ne se livrant à aucun excès, sentit un malaise général et perdit l'appétit le 18 avril 1822. Les jours suivants, augmentation du malaise, lassitudes spontanées, léger dévoiement.

Le 25 avril, jour de l'entrée du malade à la Charité, la face, fortement injectée, présentait en même temps un air de stupeur qui annonçait une maladie grave. La nuit, il y avait eu du délire. Des pétéchies existaient en grand nombre sur la poitrine; elles étaient plus rares sur

l'abdomen. La langue était rouge; deux selles liquides avaient eu lieu depuis vingt-quatre heures; le ventre était souple et indolent; la fièvre était surtout annoncée par la chaleur brûlante de la peau; le pouls n'était que médiocrement fréquent.

Il y avait à combattre chez ce malade : 1° la tendance du sang à se porter vers la tête; tendance annoncée par le délire de la nuit, la vive rougeur des yeux et de la face, la stupeur commençante. (*Vingt-quatre sangsues furent appliquées au cou.*)

2° L'irritation intestinale annoncée par la rougeur de la langue, et le caractère des déjections alvines. (*Douze sangsues à l'anus.*)

Cette double émission sanguine devait en même temps modérer la fièvre, quelle qu'en fût la cause.

Les sangsues du cou saignèrent très abondamment. Cependant le soir et toute la nuit le malade délira. Dans la matinée du 26, l'intelligence était nette; l'expression de la face semblait plus naturelle; la langue avait perdu sa rougeur; les pétéchies avaient en grande partie disparu; une seule selle assez consistante avait eu lieu; la fièvre était peu intense. M. Lerminier prescrivit pour le soir l'application de deux sinapismes aux jambes, dans le but de détourner du cerveau l'irritation périodique dont ce viscère semblait chaque nuit devenir le siége. (*Tisanes adoucissantes.*)

Le délire fut en effet beaucoup moins considérable. — Le 27, pétéchies plus nombreuses, augmentation du dévoiement (*sinapisme le soir*), pas de délire. Le 28, même état. (*Trois bouillons.*)

Dans la soirée du 28, le malade se procura des ali-

ments. Le 29, la langue était rouge et sèche, la diarrhée plus considérable; l'air de stupeur avait reparu; la fréquence du pouls avait augmenté, mais il se déprimait très facilement; la tendance à l'adynamie était évidente. Bien que l'exaspération de la phlegmasie des voies digestives, sous l'influence d'une erreur de régime, parût être la cause de la récrudescence des symptômes, fallait-il tenter encore une émission sanguine? fallait-il ne pas prendre en considération la diminution des forces, dont l'extrême faiblesse du pouls semblait attester la réalité? M. Lerminier ne pensa pas qu'une nouvelle saignée fût convenable : il fit appliquer deux vésicatoires aux jambes.

Le 30, la langue avait repris son humidité.

Les trois premiers jours de mai, elle se sécha de nouveau; la prostration alla en augmentant; les évacuations alvines étaient involontaires; le pouls ne se relevait pas; les taches pétéchiales persistaient; l'intelligence se conservait intacte. (*Tisane d'orge, sinapismes, deux ou trois bouillons, quelques cuillerées de vin.*)

Le 4, *infusion aqueuse de quinquina édulcorée avec le sirop de coing.* Du 5 au 12, continuation de ce médicament. Pendant ce temps, l'on vit les forces se relever, le dévoiement se modérer, les traits de la face se rétablir dans leur état normal, la langue et les lèvres devenir humides et vermeilles, les dents se dépouiller de l'enduit fuligineux qui les recouvrait, le pouls devenir plus fort et moins fréquent, les pétéchies disparaître.

Le 14, le malade avait à peine de la fièvre; il n'avait eu qu'une selle depuis vingt-quatre heures; mais les vésicatoires avaient une surface grisâtre, et tendaient à se gangréner. On les couvrit de poudre de quinquina; cette

écorce fut continuée à l'intérieur jusqu'au 22. Les vésicatoires ne tardèrent pas à reprendre un aspect vermeil et furent séchés. Le malade allait d'ailleurs très bien. A cette époque, l'on s'aperçut que trois petits abcès existaient à l'union de la fesse droite et de la cuisse; ils furent ouverts; une grande quantité de pus de bonne nature s'en écoula. Le 28, les plaies qui avaient résulté de leur ouverture étaient cicatrisées. Cependant le pouls conservait toujours une légère fréquence, qui semblait survivre à toute lésion locale. Dans la nuit du 28 au 29, une sueur très abondante se manifesta. Jusqu'à cette époque, la peau était constamment restée dans un état de sécheresse remarquable. Le 29, le petit mouvement fébrile des jours précédents n'existait plus. Le 30, il n'y eut pas de sueur, mais une diarrhée modérée s'établit; elle persista jusqu'au 3 juin. La convalescence n'en fit pas moins des progrès rapides. Le malade sortit le 5 juin.

Le malade qui fait le sujet de l'observation précédente fut traité par la méthode antiphlogistique tant que l'état d'éréthisme persista. Cette méthode fut d'abord couronnée de succès. Une rechute eut lieu à la suite d'une erreur de régime. Des vésicatoires appliqués alors parurent opérer sur l'irritation intestinale une révulsion utile; mais ils n'empêchèrent pas la faiblesse d'augmenter. Dès que celle-ci devint le symptôme prédominant, le quinquina fut administré. Le malade lui dut-il son salut? Il est au moins impossible de nier qu'au moment où l'on commença à donner l'écorce du Pérou, le malade était dans un état très grave, et que pendant

l'administration du quinquina tous les symptômes alarmants disparurent. On ne peut pas nier non plus que la gangrène, qui était au moment de frapper la surface des vésicatoires, fut prévenue par l'emploi intérieur et extérieur du quinquina.

De Haen est un des auteurs qui ont rassemblé le plus d'observations de fièvres graves traitées avec succès par le quinquina. Il le donnait très abondamment, et le continuait pendant la convalescence. Il voyait disparaître, sous l'influence de ce médicament, les pétéchies, la prostration, les déjections involontaires, le délire, les mouvements convulsifs, les soubresauts des tendons, l'irrégularité du pouls, la chaleur âcre de la peau, etc.

Nous ne conclurons certainement pas de ces faits que le quinquina doit être administré indistinctement dans tous les cas où ces divers symptômes se présentent. C'est à l'expérience et à la sagacité des médecins à distinguer ceux de ces symptômes qui en réclament ou en contre-indiquent l'emploi.

Lors même qu'une fièvre grave ne serait autre chose qu'une gastro-entérite, serait-ce une raison de s'abstenir constamment de l'emploi des toniques? Sans doute, ainsi que l'a dit M. Broussais, la diminution des forces qui survient dans le cours d'une inflammation ne change pas la nature de celle-ci; mais la prostration qui se manifeste alors ne peut-elle pas devenir assez intense pour être seule cause de mort? et, dans ce cas, n'est-ce pas contre la prostration que doivent être dirigés les moyens thérapeutiques?

Cette observation peut nous fournir encore d'assez importantes réflexions sur les crises.

Pendant tout le cours de la maladie, la peau se maintint toujours très sèche. Aucun phénomène critique sensible n'avait eu lieu, lorsque déjà la convalescence semblait commencer. Cependant le pouls conservait une fréquence qui fixait l'attention de M. Lerminier, et qui paraissait annoncer que la maladie n'était pas encore jugée. Alors apparurent plusieurs abcès; les anciens n'auraient pas hésité à les considérer comme critiques. Hippocrate regardait comme très favorables les abcès qui se forment vers la fin des maladies aiguës, surtout lorsqu'ils ont leur siége aux extrémités inférieures.

On a remarqué que les abcès ne se manifestent le plus souvent qu'après les autres crises, lorsque celles-ci ont été insuffisantes ou incomplètes. (Double, *Séméiologie.*) Ici, au contraire, ce fut le premier phénomène critique qui apparut: la rapidité de leur développement et de leur terminaison fut encore une circonstance favorable.

A peine étaient-ils fermés, que la peau se couvrit pour la première fois d'une sueur abondante, et ce ne fut seulement qu'à la suite de cette nouvelle crise que le pouls perdit tout-à-fait sa fréquence. Cette crise eut lieu vers le quarantième jour. Ce fait ne semble-t-il pas propre à confirmer l'assertion d'Huxham, qui assurait n'avoir jamais vu aucune fièvre grave parfaitement jugée avant qu'il ne fût survenu une sueur plus ou moins abondante? Enfin, deux jours après, un troisième mouvement critique parut s'établir vers les intestins. Telle eût été du moins la manière dont les médecins des siècles précédents auraient considéré la diarrhée qui se manifesta le 30 mai. Guidés par l'ensemble des circonstances favorables qui précédèrent, accompagnèrent et sui-

virent l'établissement de cette diarrhée, ils l'auraient indubitablement respectée. La première des observations particulières placées par Rœderer et Wagler à la suite de leur histoire générale de la maladie muqueuse, nous offre également l'exemple bien tranché d'une fièvre continue jugée le quatorzième jour par une diarrhée; le mouvement fébrile ne cessa que lorsque le cours de ventre se fut établi.

Les pétéchies qui existaient lors de l'entrée du malade disparurent en grande partie à la suite des émissions sanguines. La disparition de ces taches coïncida avec une amélioration sensible des symptômes généraux et locaux; et lorsque le lendemain elles se montrèrent de nouveau, leur réapparition ne sembla pas exercer la moindre influence.

LXXe OBSERVATION.

Un Auvergnat, âgé de vingt-trois ans environ, à Paris depuis quelques mois seulement, fut pris, sans cause connue, le 8 octobre 1822, de frisson, de colique et d'une diarrhée abondante. A dater de ce jour, jusqu'au 24, le dévoiement persista. Soumis alors à notre examen, il nous raconta qu'il avait chaque soir des frissons, auxquels succédait pendant la nuit une légère moiteur. Pendant le jour, il se sentait brûlant. Il avait sept à huit selles en vingt-quatre heures. Lorsque nous le vîmes, il paraissait accablé. La vive rougeur de ses joues contrastait avec la teinte jaune du pourtour des yeux, des lèvres et du nez. La langue, couverte d'un enduit blanchâtre,

et d'un rouge vif à sa pointe, tendait à se sécher; le ventre était souple et indolent; le pouls fréquent, assez plein; la peau chaude. M. Lerminier prescrivit une saignée de trois palettes et, quatre heures après, un grain d'émétique et dix grains d'ipécacuanha, la tisane d'orge.

Le sang se rassembla en un large caillot mou, sans couenne. Le malade vomit peu; il alla sept fois à la selle. Le soir, il n'eut pas de frisson et dormit bien.

Le lendemain 25, la langue était humide et vermeille, la fièvre très modérée, l'aspect de la face excellent. — Dans la journée, aucune selle n'eut lieu; mais une abondante épistaxis survint. (*Tisane d'orge gommée, deux bouillons.*)

Jusqu'au 31, le malade eut chaque matin une hémorragie nasale copieuse; d'ailleurs, fièvre légère, langue à peu près naturelle, selles seulement par les lavements, mais affaiblissement progressif; teinte terreuse de la face, tendance à l'adynamie. (*Traitement émollient, quelques bouillons.*)

Le 1er novembre, air de stupeur, surdité légère, intelligence obtuse, épistaxis comme les jours précédents. M. Lerminier pensa qu'il était temps d'opposer un traitement actif aux progrès de la faiblesse. (*Infusion aqueuse de quinquina, tisane d'orge vineuse, sinapismes aux jambes.*)

Du 2 au 6, prostration de plus en plus grande, immobilité des traits, surdité complète, teinte livide de la face, épistaxis; pouls petit, plus fréquent; peau peu chaude; langue blanche, humide, un peu rouge sur ses bords; constipation. (*Infusion aqueuse de quinquina, tisane d'orge vineuse, deux onces de vin de quinquina,*

lavement de camomille avec un scrupule de camphre, frictions aromatiques sur les membres.)

A dater du 7, l'aspect de la face commença à devenir un peu meilleur, la surdité diminua, le pouls se releva et perdit en même temps de sa fréquence, l'épistaxis cessa. — Le 13, le malade était en pleine convalescence. Les toniques furent continués jusqu'au 18.

Ici encore c'est dans les intestins qu'a été le point de départ de la maladie. Lorsque nous vîmes le malade, il y avait une assez forte réaction, qui fut combattue par une saignée. La teinte bilieuse de la face, la forme rémittente de la fièvre, engagèrent M. Lerminier à faire suivre l'émission sanguine de l'administration d'un vomitif. Dès lors, le frisson ne reparut plus; la diarrhée cessa, une épistaxis abondante eut lieu, la fièvre se modéra, et le malade sembla toucher au moment de la guérison. Mais l'épistaxis, qu'on avait pu considérer comme critique, se renouvela avec abondance les jours suivants. Ces hémorragies répétées affaiblirent considérablement le malade, et le conduisirent enfin à un état adynamique des plus graves. Les toniques employés alors n'empêchèrent pas d'abord les progrès de l'adynamie; on en augmenta la dose, et, sous leur influence, le malade recouvra enfin la santé.

Mais ce qu'il ne faut pas surtout perdre de vue, c'est l'absence de toute espèce de lésion locale au milieu de cet ensemble de symptômes adynamiques. Nous n'observâmes autre chose qu'une débilitation générale de l'économie, une adynamie pure; l'épistaxis, qui avait été la

cause principale de la prostration, semblait être elle-même à son tour entretenue par la faiblesse; ce saignement de nez ne cessa en effet que lorsque, sous l'influence des toniques, les forces commencèrent à se relever.

LXXIe OBSERVATION.

Un Savoyard, âgé de dix-huit ans, faiblement constitué, à Paris depuis six semaines, fut apporté à l'hôpital dans une sorte d'état comateux, qui ne nous permit d'obtenir de lui aucun renseignement sur son état antécédent. Nous apprîmes seulement qu'il avait du dévoiement depuis huit jours. Face pâle, pouls fréquent, assez résistant. (*Huit sangsues derrière chaque oreille, deux vésicatoires aux jambes, embrocations d'huile de camomille camphrée sur le ventre, orge gommée.*)

Le lendemain 23 octobre, le coma n'existait plus, mais le malade semblait comme hébété. Il regardait fixement celui qui l'interrogeait, sans lui répondre. Langue blanche, humide; cinq ou six selles dans le lit; même état du pouls. (*Deux tasses d'infusion aqueuse de quinquina; sinapismes aux jambes.*)

Le 24, à force de presser le malade, l'on obtint de lui quelques réponses courtes et justes. (*Même prescription.*)

Les jours suivants, les forces se relevèrent peu à peu, la diarrhée se modéra, puis cessa entièrement.

Le 2 novembre des sueurs abondantes se manifestèrent, et le lendemain, la peau de l'abdomen et du thorax était couverte de nombreux *sudamina;* ils disparu-

rent le 5. Alors seulement le pouls perdit tout-à-fait sa fréquence; le quinquina avait été continué jusqu'à cette époque.

Cette observation présente à remarquer :

1° L'état comateux qui existait à l'époque de l'entrée, et qui céda aux sangsues appliquées derrière les oreilles et aux révulsifs sur les extrémités.

2° La forte stupeur, la prostration considérable qui succédèrent à cet état comateux, et qui furent combattues avec avantage par les toniques.

3° Le peu d'intensité de la lésion des voies digestives : cette lésion ne parut être ici que fort secondaire.

4° Les sueurs, les sudamina qui apparurent vers la fin, et la cessation de la fièvre, qui coïncida avec cette apparition.

LXXIIe OBSERVATION.

Un homme de vingt ans environ entra à l'hôpital dans les derniers jours du mois d'octobre 1822. Alors il était déjà plongé dans un haut degré de prostration : face livide, yeux éteints, intelligence obtuse, langue sèche, selles involontaires, pouls fréquent et petit, peau chaude. (*Vésicatoires aux jambes, tisane d'orge gommée.*) — Les jours suivants, la prostration devint de plus en plus grande; à la faiblesse des facultés intellectuelles succéda un véritable délire. (*Six paquets de camphre et de nitre, deux nouveaux vésicatoires aux cuisses.*)

Le 3 novembre, face cadavéreuse, langue couverte

d'un enduit fuligineux, ainsi que les lèvres et les dents; ventre ballonné, diarrhée peu considérable; quelques soubresauts des tendons; réponses assez justes, faites en balbutiant, mais bientôt après, propos sans suite, désir continuel de fuir du lit; pouls faible, très fréquent; peau sans chaleur. M. Lerminier donna, pour la première fois, une pinte d'infusion aqueuse de quinquina, avec addition d'une once du sirop de cette écorce; une tasse de vin, la limonade minérale; embrocations d'huile de camomille camphrée sur le ventre.

Le 4, nous trouvâmes les traits de la face relevés d'une manière remarquable, l'intelligence très nette, la langue un peu humectée. (*Même prescription.*)

Le 5 et le 6, continuation du mieux; disparition de l'enduit noir de la langue, qui reste rouge et lisse; cessation de la diarrhée; aspect de la face de plus en plus naturel. (*Même prescription, et de plus trois onces de vin de quinquina; frictions aromatiques sur les membres.*)

Les jours suivants, retour des diverses fonctions à leur état normal, cependant persistance de la fréquence du pouls; ce qui, sans aucun doute, devait être attribué aux larges ulcères qui avaient succédé à la chute des escarres dont les vésicatoires des jambes s'étaient couverts. Le pouls perdit sa fréquence à mesure qu'ils se cicatrisèrent; leur cicatrisation complète se fit longtemps attendre.

Cette observation, comme les précédentes, offre à remarquer l'amélioration franche de la maladie sous

l'influence d'une médication tonique. Tant qu'on ne la combattit que par des tisanes délayantes et des révulsifs appliqués aux extrémités, l'état adynamique ne cessa de faire des progrès, il rétrograda dès que le quinquina fut donné, et en même temps les fuliginosités de la langue disparurent.

LXXIII[e] OBSERVATION.

Un homme de vingt-cinq ans, maçon, d'une assez forte constitution, vint à Paris au commencement du mois d'avril 1822. Pendant les huit premiers jours, il eut une abondante diarrhée. Ne trouvant pas de quoi s'occuper, il quitta Paris, et alla dans les campagnes chercher de l'ouvrage de ferme en ferme; il se nourrit mal, manqua souvent du nécessaire, et fit de longues courses à l'ardeur du soleil pendant les fortes chaleurs de la fin du mois de mai. Sous l'influence de ces causes réunies, la santé de cet homme ne tarda pas à se détériorer; il éprouva d'abord tous les symptômes d'une forte courbature, puis, vers le milieu du mois de juin, il fut pris d'un grand dévoiement qui n'a pas cessé depuis; ses forces diminuèrent de jour en jour. Il revint à Paris; et, huit jours après, il entra à la Charité (le 1[er] juillet). — Le 2, il présenta l'état suivant :

Air abattu, teinte jaune de la face, intelligence engourdie, parole pénible, décubitus sur le côté. Il se plaignait d'une grande faiblesse, d'une sorte d'anéantissement physique et moral. Un grand nombre de taches, d'un rose pâle, faisant, au-dessus du niveau de la

peau, une légère saillie, sensible seulement au toucher, couvraient la partie supérieure de l'abdomen et la partie inférieure du thorax; la langue, d'un rouge assez vif dans toute son étendue, était lisse et tendait à se sécher; la soif était vive, la bouche pâteuse, le ventre souple et indolent; une seule selle avait eu lieu depuis vingt-quatre heures (le dévoiement n'existait plus depuis huit jours); le pouls était médiocrement fréquent, facilement déprimable; la peau chaude et moite. (*Saignée de trois palettes, eau d'orge gommée, lavement de lin.*)

Le sang tiré de la veine se présenta sous la forme d'un large caillot mou, sans consistance, presque diffluent, sans couenne. La nuit fut calme.

Dans la matinée du 3, l'abattement semblait moins considérable, la soif était moins vive; les autres symptômes n'avaient ni augmenté ni diminué.

Le 4, la stupeur avait reparu plus marquée que jamais; la langue, rouge et sèche, était tirée difficilement; trois selles; sueur abondante, pouls à peine fréquent, persistance des taches. (*Continuation de l'eau d'orge et du lavement émollient, trois bouillons.*)

Le 5, même état. — Le 6, augmentation de l'abattement général, facultés intellectuelles très obtuses; sécheresse de la langue, peau moite, pouls à peine fréquent. (*Deux vésicatoires aux jambes.*)

Dans la journée, le malade se plaignit beaucoup de ses vésicatoires. — Le lendemain 7, la prostration n'avait pas sensiblement diminué; mais la langue s'était humectée, le pouls avait entièrement perdu sa fréquence, la peau était toujours moite, les taches s'effaçaient.

Le 8, le pouls battait à peine cinquante fois par mi-

nute, la peau avait une douce chaleur, la langue présentait un aspect à peu près naturel; le dévoiement n'existait plus, les taches avaient presque complétement disparu. Cependant, au milieu de cet état satisfaisant, l'air de stupeur semblait se prononcer chaque jour davantage, les réponses étaient lentes, embarrassées; elles n'avaient lieu souvent que plusieurs secondes après la question. Parfois le malade semblait écouter avec une grande attention, puis, se recueillant, on eût dit qu'il cherchait à saisir le sens des paroles qui lui étaient adressées; et, après cette espèce de travail intellectuel, il répondait. (*Un vésicatoire fut appliqué à la nuque.*)

Le soir, le pouls était un peu accéléré, et la peau couverte d'une sueur abondante.

Le 9, apyrexie complète, teinte plombée de la face, même état de l'intelligence, faiblesse musculaire portée au dernier degré. (*Infusion de quinquina, lavement de camomille, deux bouillons.*) Le malade eut, pour la première fois, la nuit, un délire complet.

A la visite du 10, nous le trouvâmes dans le même état que la veille. (*Même prescription.*) Le soir, accélération du pouls, sueur; délire la nuit.

Le 11, dans la matinée, apyrexie, affaissement extrême; aucun symptôme n'annonçait que les voies digestives fussent lésées. (*Même prescription, et de plus, potion gommeuse, avec addition d'une demi-once d'extrait de quinquina, une tasse de vin.*) — Fièvre le soir, délire la nuit.

Les 12, 13 et 14, l'état du malade resta stationnaire. La nuit, cependant, il délira moins; le redoublement du soir fut aussi moins marqué. (*Même prescription.*)

Le 15, les forces commencèrent à se relever un peu, la face prit une expression plus naturelle, l'intelligence devint plus nette. Le soir, le pouls s'accéléra à peine, la peau ne se couvrit que d'une légère moiteur; la nuit, les idées se troublèrent encore. (*Tisane d'angélique, potion gommeuse avec addition d'une demi-once d'extrait mou de quinquina, deux onces de vin de quinquina, cinq bouillons, un lait de poule.*)

Les jours suivants, le redoublement du soir cessa peu à peu; les nuits devinrent calmes. Cependant ce ne fut que très lentement que l'air de stupeur disparut tout-à-fait, et que le malade recouvra assez de force pour pouvoir quitter son lit. Il continua à prendre, pendant toute la fin du mois de juillet, de la tisane d'angélique, et le quinquina sous les formes indiquées. Il ne quitta l'hôpital qu'au commencement d'août.

Les diverses circonstances qui précédèrent l'invasion de cette maladie ont dû avoir une grande influence sur son développement. Tourments de l'esprit, fatigues excessives, exposition à un soleil ardent, nourriture mauvaise ou insuffisante; telles sont les causes réunies qui produisirent d'abord les symptômes d'une forte courbature. Elles continuent d'agir : la muqueuse intestinale s'irrite, et une abondante diarrhée s'établit. Celle-ci devient à son tour une cause énergique d'épuisement, les forces diminuent rapidement; et lorsque le malade entre à la Charité, il présente déjà cet ensemble de symptômes graves qui constituent le typhus. Cependant un phénomène remarquable fixe notre attention. Au milieu de cet

appareil formidable de symptômes ataxo-adynamiques, le pouls s'éloigne à peine de son type naturel : bientôt toute apparence d'irritation gastro-intestinale cesse entièrement; la langue a une belle couleur vermeille; les selles sont ordinaires. — Le matin et dans le jour, la température de la peau n'est pas sensiblement élevée : en un mot toutes les fonctions interrogées semblent exemptes de lésion; mais ce n'est qu'un calme trompeur : les progrès toujours croissants de la stupeur, l'extrême prostration des forces, annoncent un danger imminent; la fièvre du soir, le délire de la nuit, augmentent encore la gravité du pronostic.

A l'époque de l'entrée du malade, une saignée est pratiquée; l'amélioration qui lui succède n'est que passagère, et elle est bientôt suivie d'une funeste rechute. De simples tisanes délayantes sont d'abord données, des vésicatoires sont appliqués aux membres inférieurs et à la nuque, puis, à mesure que les symptômes adynamiques se prononcent, les toniques sont administrés; l'état d'intégrité apparente de la muqueuse digestive était une circonstance très favorable pour leur emploi. Le malade délira, pour la première fois, la nuit qui suivit la première administration du quinquina : cette fâcheuse circonstance n'empêcha pas de le continuer, et d'en augmenter la dose les jours suivants. Le malade revint peu à peu et lentement à la santé, sans qu'aucun phénomène critique fût observé. Le vin de quinquina fut long-temps continué, sans qu'il en résultât aucun trouble de l'estomac.

L'apparente bénignité des symptômes, le caractère du pouls en particulier, la terminaison lente et sans crise,

rapprochent assez cette maladie de la fièvre lente nerveuse d'Huxham.

LXXIVe OBSERVATION.

Un peintre en bâtimens, âgé de vingt-un ans, constitution forte, tempérament sanguin, à Paris depuis trois mois, et ayant joui, depuis cette époque, d'une bonne santé, fut pris, au commencement du mois de novembre, de dévoiement, avec épreintes violentes et selles sanguinolentes. Ce cours de ventre cessa spontanément au bout de huit à dix jours. — Le 26 novembre, il resta, pendant trois heures, dans une rue, exposé à un froid très vif. — Le 28, céphalalgie frontale, anorexie, amertume de la bouche, brisement des membres; pas de selle. — Le soir, frisson d'une demi-heure, suivi de chaleur et de sueur pendant la nuit; un peu de toux. — Les jours suivants, ces symptômes persistent; le ventre devient en outre un peu sensible à la pression. Le malade prit quelques bains de pied, une infusion de tilleul et de feuilles d'oranger. Il entra le 2 décembre à la Charité.

État du 3 : céphalalgie, face rouge, injectée, yeux appesantis, insomnie, sentiment de lassitude générale; bouche mauvaise, amère, langue blanchâtre, ventre un peu douloureux, par la pression, à la région ombilicale; dévoiement depuis cette nuit seulement (dix à douze selles); peau en sueur, pouls fréquent, plein; toux légère. (*Vingt-quatre sangsues à l'anus, sinapismes aux jambes, tisane d'orge gommée.*)

Le 4, même état. (*Saignée de pied, orge, lavement émollient.*)

Le 5, disparition de la céphalalgie, face rouge, langue un peu sèche et lisse, ventre ballonné, sensible à la pression dans les hypocondres; dix selles depuis vingt-quatre heures; pouls fréquent et plein, soubresauts des tendons. (*Huit sangsues à chaque jugulaire, deux vésicatoires aux jambes, lavement émollient, frictions d'alcool camphré sur les membres, embrocations d'huile de camomille camphrée sur le ventre, orge.*)

Le 6, langue lisse, tendant à se sécher; soif, ventre encore ballonné, mais indolent, selles très fréquentes; pouls plus faible, peau médiocrement chaude; soubresauts des tendons plus fréquents et plus forts; respiration accélérée, toux légère, sans douleur et sans expectoration; son un peu mat à droite, latéralement au niveau du sein; râle crépitant dans le même point. (*Vésicatoire sur le côté droit.*)

Le 7, la pneumonie, reconnue la veille, semblait avoir rétrogradé : respiration plus libre, râle moins fort, remplacé en partie par le bruit inspiratoire ordinaire; soubresauts des tendons plus rares.

Le 8, à peu près même état.

Le 9, nous trouvâmes le malade beaucoup plus prostré que les jours précédents; la langue, sèche, tendait à brunir. (*Frictions et embrocations* idem, *orge, limonade vineuse.*)

Le 10, air de stupeur, réponses lentes; langue sèche, brune à son centre, sans rougeur des bords ni de la pointe, selles fréquentes, involontaires; pouls fréquent et faible, peau chaude, moite; soubresauts des tendons

assez rares. (*Infusion aqueuse de quinquina acidulée avec l'eau de rabel, édulcorée avec le sirop de gomme; tisane d'orge vineuse, limonade minérale, une tasse de vin; frictions d'alcool camphré.*)

Le 11, même état. (*Même prescription; un bouillon.*)

Le 12, expression de la face plus naturelle; langue humide, moins brune; pouls moins fréquent, moins facilement déprimable; douce chaleur de la peau; ventre indolent, un peu météorisé, diarrhée moindre; disparition des soubresauts, urine trouble pour la première fois. (*Quatre bouillons, deux tasses de vin.*)

Le 13, apyrexie, langue à peu près naturelle, pas de selle; dépôt gris très abondant dans les urines. (*Même prescription.*)

Le 14, même dépôt dans les urines.

Le 15 et jours suivants, convalescence. (*Continuation du quinquina jusqu'au* 19.)

Nous voyons encore dans cette observation un exemple frappant des bons effets d'une médication tonique. Non seulement les forces se relevèrent dès que l'on eut commencé à donner le quinquina, mais encore la diarrhée cessa, la langue, sèche et brune, reprit un aspect naturel, et les soubresauts des tendons disparurent.

Le dépôt sédimenteux des urines se montra en même temps que les différents symptômes s'amendèrent.

LXXV[e] OBSERVATION.

Un commissionnaire, âgé de vingt ans, d'une constitution faible, présentant à peine quelques signes de pu-

berté, habite Paris depuis un an environ. Depuis cette époque, il est dans un état de misère, il se nourrit mal. Cependant il a joui d'une assez bonne santé jusqu'au commencement du mois de novembre 1821. Alors il a commencé à ressentir une douleur habituelle à l'épigastre; son appétit a diminué; ses forces se sont insensiblement perdues. Il a continué néanmoins à rester au coin des rues, exposé à toutes les intempéries de l'air. Enfin, il est forcé de garder la chambre pendant deux ou trois jours seulement; il entre à la Charité le 29 novembre. A la visite du 30, il présente l'état suivant:

Face maigre, jaune, exprimant l'abattement et la fatigue; yeux appesantis; commencement évident de prostration; réponses nettes, mais lentes. Quelques soubresauts des tendons de la main gauche; langue déjà sèche et brunâtre au centre, humide et d'une couleur rouge cerise sur les bords et à la pointe; soif vive, sensation de chaleur dans la bouche; légère douleur à l'épigastre par la pression; reste du ventre souple et indolent, diarrhée depuis deux jours seulement (cinq ou six selles liquides en vingt-quatre heures); pouls fréquent, faible; peau chaude, d'une aridité remarquable; respiration accélérée, toux fréquente, sèche.

Ce malade était déjà dans un état adynamique assez avancé; ses yeux mornes, ses paupières appesanties, sa figure fatiguée, ses mouvements difficiles, et surtout les circonstances débilitantes qui avaient précédé son état actuel, tout semblait annoncer qu'il était nécessaire de chercher à relever les forces épuisées; mais il existait en même temps une double irritation des poumons et des voies digestives. Fallait-il s'occuper d'abord de la com-

battre? Ne pouvait-on pas craindre qu'en la négligeant elle ne concentrât sur les organes enflammés le reste des forces, et qu'elle n'augmentât ainsi la faiblesse générale? Mais en admettant la nécessité de combattre d'abord cette irritation, fallait-il uniquement chercher à la déplacer par des dérivatifs et des révulsifs irritants? devait-on essayer de l'attaquer directement par des émissions sanguines? M. Lerminier voulut expérimenter quels effets seraient produits par ce dernier moyen. Vingt sangsues furent appliquées à l'anus; elles coulèrent abondamment; aucun changement notable ne survint dans la journée. La nuit, le malade délira. Dans la matinée du 1er décembre, l'intelligence était intacte; mais l'air de stupeur était encore plus prononcé que la veille. L'abdomen était couvert de nombreuses taches pétéchiales d'un rouge pâle. L'état de la langue n'avait pas changé; une seule selle avait eu lieu. Le pouls, très faible, régulier, battait cent douze fois par minute; on ne comptait dans le même espace de temps que vingt-neuf mouvements inspiratoires. La toux persistait. Les soubresauts de tendons étaient plus multipliés.

La saignée dérivative de l'anus paraissait avoir diminué l'intensité des symptômes inflammatoires de la poitrine et du ventre; mais la faiblesse avait fait des progrès. Le délire, les soubresauts de tendons annonçaient en même temps une exaltation, ou mieux peut-être une perversion des fonctions du système nerveux. Cependant si ces divers symptômes, ainsi que la prostration, avaient été le résultat de l'inflammation des voies digestives, la diminution évidente de celle-ci n'aurait-elle pas dû être accompagnée d'une amélioration générale? Or le ma-

lade était évidemment moins bien que la veille. Deux vésicatoires furent appliqués aux jambes. Un lavement de camomille fut donné avec addition de douze grains de camphre : on ne prescrivit à l'intérieur que la tisane d'orge acidulée avec le sirop tartareux. La nuit fut beaucoup plus calme que la précédente.

Le 2 décembre, l'air de stupeur était moindre; la langue était humide et vermeille, le ventre souple. Le lavement n'avait point été rendu. L'on n'observait plus de soubresauts des tendons. Les pétéchies s'étaient multipliées; quelques unes existaient sur la poitrine.

L'amélioration était manifeste; elle pouvait être raisonnablement attribuée au mode de traitement. Le malade prit dans la journée un second lavement de camomille avec addition de vingt-quatre grains de camphre. Le soir, ses jambes furent couvertes de sinapismes. (*Tisane d'orge édulcorée, looch.*) Cette fois, le lavement fut rendu peu de temps après avoir été pris. Le malade délira une grande partie de la nuit.

Le 3, bien que ses réponses fussent nettes et précises, on l'entendait de temps en temps parler haut, et tenir des propos incohérents. L'adynamie faisait des progrès; la langue brunissait de nouveau; la peau conservait sa sécheresse. (*Limonade minérale, deux nouveaux vésicatoires aux cuisses.*)

A trois heures de l'après-midi, une sueur générale et abondante eut lieu. Cependant l'état du malade, loin de s'améliorer, paraissait le lendemain plus grave que jamais. La face était cadavéreuse, la langue noire et sèche, ainsi que les dents et les lèvres; le ventre se ballonnait. Il n'y avait pas de dévoiement; la respiration s'accélé-

rait de nouveau; le pouls pouvait à peine se sentir; les idées se troublaient par intervalles. (*Infusion aqueuse de quinquina oximélée, bourrache, lavement de camomille avec douze grains de camphre; six paquets de camphre et de nitre*[1]*, limonade minérale, une tasse de vin.*)

Le 5, même état; même prescription.

Le 6, le malade ne paraissait plus comprendre les questions qui lui étaient adressées. Il prononçait, en balbutiant, quelques mots inintelligibles. Les taches pétéchiales persistaient; la respiration s'était ralentie.

Le 7 et le 8 rien de nouveau. Le malade semblait parvenu au plus haut degré de l'adynamie. Sa mort paraissait prochaine. (*Continuation des mêmes médicaments.*)

Le 9, douze grains de calomélas furent donnés pour vaincre la constipation; une selle eut lieu. On ajouta aux autres boissons une décoction de serpentaire de Virginie, édulcorée avec le sirop d'écorces d'orange. Le pouls, très petit, était d'une irrégularité remarquable.

Du 9 au 13, les pétéchies disparurent. Les forces semblèrent se relever un peu. Le 14, l'aspect de la face était plus naturel, les yeux avaient plus d'expression, l'intelligence était moins obtuse, la parole plus facile; la langue humide n'était plus brune qu'à son centre; elle pouvait être assez facilement tirée hors de la bouche, ce qui n'avait pas eu lieu les jours précédents. Un léger dévoiement existait. (*Deux bouillons furent permis.*)

Dans la nuit du 16, l'agitation fut extrême; des mouvements convulsifs se manifestèrent.

[1] Chacun de ces paquets contient six grains de camphre et six grains de nitre. On en donne un toutes les trois heures.

Le 17, tout était rentré dans l'ordre. A dater de ce jour, et sans qu'aucun phénomène critique eût lieu, à moins que l'on ne considère comme une sorte de *lysis* le dévoiement modéré qui continuait d'avoir lieu, et qui ne s'était manifesté que depuis le moment où la nature avait semblé marcher vers la guérison, à dater, dis-je, de ce jour, le malade alla de mieux en mieux. Ses forces toutefois ne se rétablirent que très lentement. L'infusion aqueuse de quinquina fut continuée jusqu'au commencement de janvier. A cette époque, la figure du malade était excellente; il prenait de l'embonpoint; il avait un grand appétit. Il quitta l'hôpital vers le 15 janvier, très bien portant.

L'avantage du traitement tonique ne saurait guère être révoqué en doute chez le malade dont nous venons de tracer l'histoire. La connaissance des causes débilitantes à l'influence desquelles il avait été soumis était, ce nous semble, un puissant motif aux yeux de tout praticien sage pour motiver ce mode de traitement. Ici, la faiblesse avait évidemment précédé toute espèce d'irritation locale; c'était la faiblesse qu'il était surtout nécessaire de combattre. Telle fut aussi l'indication que saisit M. Lerminier, et il ramena le malade à la santé en prodiguant le quinquina, la serpentaire de Virginie, le camphre, le vin, etc. Sous l'influence de ces remèdes, nous vîmes la langue s'humecter, la peau perdre sa chaleur brûlante et son aridité; l'intelligence recouvrer son intégrité, les mouvements convulsifs disparaître, les forces se rétablir, etc. Combien cependant le pronostic ne semblait-il pas fâcheux! La face fut pendant plusieurs jours celle d'un

homme à l'agonie ; et l'expérience a démontré que cet état de la face est un signe presque toujours éminemment mortel. Répétons ici avec Hippocrate : *In acutis morbis, non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis.* (Aph.)

On lit dans Grant (Recherches sur les fièvres, tom. 2.) une observation bien propre à démontrer que certains individus portent en eux une disposition particulière à être atteints de symptômes adynamiques, dès qu'ils sont frappés d'une maladie quelconque un peu grave. Le sujet de cette observation est une jeune fille qui, deux ans après avoir eu une fièvre typhoïde avec épistaxis et pétéchies, fut inoculée en même temps que ses frères et sœurs. Chez ceux-ci, la variole qui survint se termina heureusement et facilement. Chez la jeune fille, au contraire, on vit au bout de cinq jours les piqûres faites au bras devenir livides, se boursoufler, et exhaler une sanie sanguinolente. Le 7e jour, de nombreuses pétéchies apparurent ; et l'on observa tous les symptômes d'une fièvre putride qui compliqua l'éruption variolique, et en entrava la marche. Pense-t-on que, dans un cas pareil, c'est à un traitement antiphlogistique qu'il faudrait avoir recours ?

Rien ne fut plus variable, pendant tout le cours de la maladie, que l'état de la respiration. Nous la trouvions du jour au lendemain facile ou pénible, lente ou singulièrement précipitée. M. Lerminier redouta d'abord l'existence d'une inflammation du parenchyme pulmonaire ; mais bientôt ces rapides alternatives lui parurent être entièrement liées à l'état du système nerveux. Ce n'est pas la seule fois que nous avons observé un trouble pareil de la respiration chez des individus atteints de fièvres gra-

ves typhoïdes; et après la mort, nous avons trouvé les poumons parfaitement sains. Chez d'autres malades au contraire, dont la respiration avait toujours été très calme, l'ouverture du cadavre nous a montré une pneumonie plus ou moins étendue.

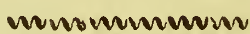
N'est-ce pas encore un phénomène bien remarquable, quelque ordinaire qu'il soit d'ailleurs, que l'excitation du système nerveux, attestée par le délire, par les soubresauts des tendons, etc, au milieu de la débilité générale des autres systèmes? C'est ainsi que dans les grandes hémorragies on voit les malades, bien qu'épuisés par l'énorme perte de sang qu'ils subissent, succomber souvent au milieu de convulsions plus ou moins violentes. Le camphre a-t-il contribué dans ce cas à calmer l'action exaltée ou pervertie du cerveau et de ses dépendances? Remarquons qu'une amélioration manifeste succéda à l'administration du premier lavement camphré, qui fut gardé tout entier, tandis que les symptômes reparurent en partie après le second lavement, qui fut rendu en partie.

Si d'ailleurs l'action physiologique du camphre est bien constatée, il n'en est pas malheureusement de même de ses propriétés thérapeutiques. Les histoires d'empoisonnement par le camphre recueillies chez l'homme, les expériences faites sur les animaux vivants, tendent également à démontrer que cette substance stimule fortement le cerveau; et cependant on le prescrit souvent comme propre à calmer le système nerveux. D'autres fois, à la vérité, on l'administre sous le titre de stimulant diffusible. Que de contradictions! Le camphre n'est-il souvent efficace qu'en opposant une stimulation à une autre, en

changeant le mode d'action du système nerveux, ainsi que paraissent le faire beaucoup de médicaments dits antispasmodiques? Enfin le camphre, comme plusieurs autres substances, a-t-il une action différente selon ses diverses doses? Si nous consultons les auteurs, nous les trouverons très peu d'accord entre eux. C'est ainsi que Cullen nous apprend qu'après avoir administré le camphre un très grand nombre de fois, il ne savait pas encore si ce médicament avait été utile ou nuisible. Hofmann est plus affirmatif; il regarde le camphre uni au nitre comme l'un des meilleurs remèdes que l'on puisse donner dans tous les cas de fièvres malignes. Je crois qu'il en est du camphre comme de la digitale. Si les recherches d'un grand nombre de médecins sur les propriétés thérapeutiques de ces substances ont conduit souvent aux résultats les plus opposés, c'est que les observateurs n'ont pas indiqué d'une manière assez précise dans quel ensemble de circonstances ils y avaient eu recours. L'on n'a pas eu non plus assez égard aux différences que le camphre devait présenter dans son mode d'action selon l'état des organes, selon les tempéraments et les dispositions individuelles. M. Lerminier, par exemple, a observé chez quelques individus doués d'une grande susceptibilité nerveuse une sorte de stimulation spéciale imprimée au cerveau par le camphre. Ces individus, après avoir pris du camphre en lavement à dose assez modérée (de vingt à trente grains), se sentaient tout à coup doués d'une légèreté extraordinaire; il leur semblait qu'ils allaient s'envoler, selon l'expression que tous ont employée. Cet effet singulier, dont j'ai vu moi-même avec M. Lerminier un exemple chez un jeune An-

glais, durait quelques heures, et se dissipait peu à peu. Des observations semblables ont été faites par M. Magendie[1].

Les pétéchies ont été très nombreuses chez ce malade. Elles ont paru avant qu'aucune espèce de traitement stimulant eût été employé. Ce n'est donc pas celui-ci qui les avait produites, ainsi que le pensait de Haen.



LXXVIe OBSERVATION.

Un maçon[2], âgé de 20 ans, à Paris depuis quelques mois seulement, cheveux noirs, peau très brune, muscles peu développés, s'est habituellement mal nourri, il a été souvent sans ouvrage depuis son arrivée dans la capitale; cependant sa santé ne commença à se déranger que vers le 20 mai. Alors il ressentit un malaise général, de la céphalalgie, un engourdissement physique et moral très prononcé, son appétit diminua, puis il le perdit entièrement. Le 25 mai, il cessa de travailler, s'alita et ne but

[1] Le fait suivant, observé par mon père à l'hôtel royal des Invalides, en 1806, me semble encore bien propre à prouver combien les effets du camphre sont variables selon les individus. Un vieillard entra à l'infirmerie des Invalides dans le dernier degré de la débilité sénile: un lavement camphré lui fut donné. Bientôt cet homme, dont les parties génitales étaient depuis long-temps frappées de l'inertie la plus complète, éprouva une violente érection. Au bout de deux jours, il prit une seconde fois du camphre; le même phénomène se reproduisit. Ce fait est d'autant plus curieux que le camphre a été regardé par plusieurs médecins comme anaphrodisiaque, et comme l'antidote des cantharides.

[2] Ce malade a été traité par M. Chomel, qui remplaçait momentanément M. Lerminier.

que quelques tisanes délayantes. Il entra à la Charité le 6 juin. La première fois que nous le vîmes, nous fûmes frappés de l'air de stupeur qui régnait déjà dans l'ensemble de sa physionomie ; ses traits étaient effacés, ses paupières appesanties ne se levaient qu'avec peine ; l'œil était morne et peu en harmonie avec les objets environnants, la bouche restait entr'ouverte, les réponses étaient lentes, pénibles, les mouvements difficiles ; le pouls fréquent, concentré, ne s'effaçait pas lorsqu'on essayait de le comprimer ; une sueur abondante couvrait la peau ; la langue, d'un rouge assez vif, tendait à se sécher. Cinq à six selles seulement, formées de matières brunes et dures, avaient eu lieu depuis l'invasion de la maladie. Les urines étaient rouges et rares ; une légère chaleur le long du canal de l'urètre accompagnait leur émission.

Il y avait chez ce malade un mélange de prostration et de symptômes inflammatoires qui pouvaient porter à penser que la faiblesse n'était qu'apparente. Une saignée de deux palettes fut prescrite ; il devait en résulter un effet bon ou mauvais, propre à jeter du jour sur la véritable nature de la maladie. Le sang tiré de la veine se réunit en un large caillot, sans sérosité, peu consistant, et recouvert d'une couenne verdâtre très mince. Le malade but de l'eau d'orge, et prit deux lavements émollients. Le soir il eut une épistaxis abondante ; la nuit il rêvassa beaucoup.

Le lendemain 8, il y avait une exaspération marquée de tous les symptômes : prostration plus grande, léger trouble des idées, quelques soubresauts des tendons, langue sèche et brune à son centre, même état du pouls, sécheresse de la peau. (*Tisane et lavements émollients.*) Pendant la nuit, le malade délira complétement.

Le 9, quelques taches pâles, arrondies, d'une demi-ligne à une ligne de diamètre, étaient disséminées sur le thorax; les yeux restaient fermés; et ce n'était que lorsqu'on avait fait au malade à très haute voix des questions réitérées, que ses paupières se soulevaient; regardant alors fixement celui qui l'interrogeait, et paraissant en quelque sorte réunir toutes ses forces, il parvenait à répondre d'une voix faible et mal articulée, mais avec justesse; il retombait ensuite dans son assoupissement. Ce n'était non plus qu'avec beaucoup d'efforts qu'il tirait la langue hors de la bouche; elle était tremblante, brune et très sèche; le ventre conservait sa souplesse; deux selles avaient eu lieu; le malade s'était levé seul pour les rendre. La respiration était courte et d'une fréquence remarquable; cependant aucune toux n'existait; la percussion et l'auscultation n'annonçaient aucune lésion des poumons. Cette accélération de la respiration semblait plutôt liée au trouble général du système nerveux. (*Même traitement.*)

La nuit, délire complet.

Le 10, léger dévoiement depuis la veille, ballonnement du ventre; pouls plus facilement déprimable que les jours précédents : même état du reste. (*Tisane d'orge avec addition d'acide muriatique ad gratam aciditatem, lavements de lin avec addition du même acide, fomentations de camomille sur le ventre; deux vésicatoires aux jambes.*)

Le 11 et le 12, l'air de stupeur fut porté au plus haut degré. Vainement pressait-on le malade de questions, il ne répondait plus; ses yeux, fixes, avaient l'expression de ceux d'un homme entièrement distrait de tout ce qui

l'environne. Une croûte noire, épaisse, couvrait les lèvres, les dents et la langue. La peau de la face présentait une teinte jaune sale, comme terreuse; on ne sentait plus de soubresauts de tendons; les matières fécales et les urines étaient rendues involontairement, sans que le malade parût en avoir la conscience. Dans l'espace de quelques minutes on voyait alternativement la respiration devenir accélérée, haletante, puis se ralentir tout à coup. Le pouls fréquent fuyait sous le doigt; toute la surface du corps était sans chaleur, et les extrémités déjà froides : les taches typhoïdes étaient à peu près effacées.

Cependant aucun tonique n'avait encore été administré à l'intérieur, et cette fois ce n'étaient point eux qu'on pouvait accuser, si la langue avait noirci, si les lèvres et les dents s'étaient encroûtées, si des symptômes de plus en plus graves s'étaient chaque jour montrés. Le mauvais succès de la première émission sanguine ne permit point de la réitérer. La perte du malade semblait à peu près certaine; la stupeur profonde, le froid presque cadavérique de la peau, la faiblesse extrême du pouls, l'inefficacité du traitement suivi jusqu'alors, semblaient commander l'emploi d'une médication tonique. Elle fut employée avec énergie. Nous allons en voir les effets. (Prescription : *Eau de riz gommée avec addit. de* 15 *goutt. d'acid. mur. dans une pinte. Une pinte de décoction de quinquina avec addition d'un tiers de vin et de deux onces de sirop de coing, potion gommeuse avec addition de deux gros d'extrait mou de quinquina; deux tasses de vin; sécher les vésicatoires des jambes, et en placer deux aux cuisses.*)

Dans la matinée du 13, l'état du malade était à peu

près le même ; seulement l'on observait de plus de fréquents soubresauts de tendons. Plusieurs auteurs, et Pringle en particulier, ont regardé l'existence de ces soubresauts comme étant une contre-indication à l'emploi des toniques. Ceux-ci furent cependant continués.

Le 14, la peau s'était réchauffée, le pouls était plus relevé. Il y avait moins de soubresauts de tendons, les mouvements inspiratoires étaient moins désordonnés ; mais d'un autre côté l'intelligence ne se rétablissait pas, l'air de stupeur ne diminuait pas; l'encroûtement de la langue, des lèvres et des dents persistait; le malade lâchait continuellement sous lui. L'extrait de quinquina fut porté à la dose d'une demi-once; des frictions aromatiques furent faites sur le ventre et sur les membres.

Le 16, l'expression de la face était un peu plus naturelle; le malade commençait à répondre un peu aux questions. (*Six gros d'extrait de quinquina dans la potion gommeuse avec addition de vingt gouttes d'éther sulfurique.*)

Le 17, amélioration sensible; les yeux étaient plus en harmonie avec les objets euvironnants, le malade était plus maître de ses mouvements, il tirait assez facilement la langue; la respiration était calme; le dévoiement s'était un peu modéré; mais la chaleur de la peau était devenue très élevée, âcre et mordicante; en laissant quelque temps le doigt en contact avec elle, l'on éprouvait une sorte de sensation pénible voisine de la douleur. Malgré cet état de la peau, les toniques furent non-seulement continués, mais augmentés; l'on appliqua deux nouveaux vésicatoires à la partie externe des jambes; l'extrait de quinquina fut porté à la dose d'une once; continuation de la

décoction de cette écorce, un lavement de quinquina camphré fut prescrit matin et soir, les membres furent frictionnés avec un mélange de vin aromatique et d'alcool camphré.

Le 18 et le 19, il y eut encore un effort manifeste vers la guérison ; l'expression de la face devint infiniment plus naturelle, les réponses étaient nettes ; le malade, pour la première fois, avait pu de lui-même se placer sur le côté et s'y tenir ; la langue, les lèvres et les dents étaient un peu nettoyées ; il n'y avait eu depuis la veille que deux ou trois selles, toujours rendues involontairement; la chaleur brûlante de la peau persistait, et l'on remarquait toujours de temps en temps quelques soubresauts. L'éther sulfurique qui entrait dans la potion gommeuse fut remplacé par un gros d'eau distillée de cannelle : d'ailleurs, même prescription.

Le lendemain 20, nous fûmes étonnés du changement en bien, véritablement prodigieux, qui s'était opéré dans l'état du malade ; la langue s'était humectée, et n'offrait plus qu'à son centre seulement une légère teinte brunâtre; la peau, si brûlante encore vingt-quatre heures auparavant, n'avait plus qu'une douce chaleur ; le pouls n'était que médiocrement fréquent ; le malade se retournait dans son lit avec une merveilleuse facilité; la parole était libre, son intelligence nette ; il lâchait encore sous lui. Aucun phénomène critique ne nous rendit raison de cette brusque amélioration. (*Même prescription.*)

Du 21 au 28, six onces de vin de quinquina furent substituées à la potion. L'état du malade continua à être aussi satisfaisant. Chaque matin nous trouvâmes sa peau couverte d'une légère moiteur.

Les forces se relevaient chaque jour : le pouls conservait de la fréquence. La langue était humide et d'une belle couleur vermeille ; soit par faiblesse, soit par paresse, le malade continuait à lâcher sous lui ses matières fécales et ses urines. Le dévoiement était d'ailleurs très modéré. Deux ou trois selles au plus avaient lieu en vingt-quatre heures.

Le 28, le malade ne pouvait pas encore s'asseoir dans son lit. On ajouta à la prescription quelques cuillerées de vin de Madère à prendre dans la journée. Les vésicatoires étaient entièrement secs depuis deux ou trois jours.

Dans les premiers jours du mois de juillet, le pouls perdit tout-à-fait sa fréquence ; le dévoiement cessa ; le malade put se tenir sur son séant, et bientôt on le plaça sur un fauteuil roulant. Il prit d'abord, du 30 juin au 4 juillet, deux bouillons et trois demi-soupes par jour.—Le 5, un demi-quart lui fut accordé. — Le 8, il mangea le quart.

A dater de cette époque, il entra véritablement en convalescence. Il reprit peu à peu ses forces et son embonpoint pendant le reste du mois de juillet et dans le commencement d'août. Il continua à prendre pendant tout ce temps du vin de quinquina, dont la dose fut progressivement diminuée de six onces par jour à une once. Il quitta l'hôpital bien portant le 12 août.

Nous voyons encore dans cette observation une fièvre ataxo-adynamique des plus graves s'améliorer pendant l'administration des médicaments toniques. Rappelons-

nous dans quel état désespéré se trouvait le malade à l'époque où le quinquina commença à être donné. Rappelons-nous surtout ce refroidissement général de la peau, ce pouls filiforme qui, dans les fièvres graves, sont les symptômes ordinaires d'une mort très prochaine. Vingt-quatre heures après qu'une médication tonique a été prescrite, ces symptômes mortels ont disparu ; et dès ce moment, la tendance vers la guérison se prononce de plus en plus. N'oublions pas de remarquer que la dose des toniques fut augmentée suivant une rapide progression. Ainsi donnés, ils ne pouvaient pas l'être indifféremment. Si la maladie n'avait consisté que dans la phlegmasie du tube digestif, le quinquina donné à la fois sous toutes les formes par la bouche et en lavement aurait eu très promptement des résultats funestes [1]. Il n'est donc pas possible d'attribuer ici à la nature la guérison du malade, et de dire, comme on ne cesse de le répéter, que c'est malgré les toniques que le rétablissement eut lieu.

En même temps que l'écorce du Pérou était administrée à l'intérieur, les membres abdominaux étaient couverts de nombreux vésicatoires. Ils parurent seconder

[1] Cette observation, déjà publiée dans un journal de médecine, a été vivement critiquée dans un autre recueil périodique. On a cherché à expliquer l'amélioration qui suivit l'administration du quinquina, en supposant que cette écorce fit cesser le délire par l'irritation plus grande qu'elle fixa sur les intestins. Mais, d'après la nouvelle doctrine, la cause du délire devait avoir son point de départ dans le tube digestif. Une irritation plus forte de celui-ci devait donc augmenter nécessairement le trouble du système nerveux. Si l'on suppose que sous l'influence du quinquina l'irritation gastro-intestinale devint tellement violente, que toutes les sympathies furent rompues, je répondrai que, dans ce cas, la prostration aurait augmenté, et que la mort eût été le prompt résultat d'une gastro-entérite aussi intense.

énergiquement l'action bienfaisante du quinquina. Si l'on objectait que les vésicatoires ne furent utiles qu'en balançant par leur action révulsive sur la peau les ravages qu'exerçait le quinquina sur la membrane muqueuse gastro-intestinale, je répondrais en citant M. Broussais lui-même. Ce médecin, dans un des cahiers de son journal (mai 1822), proscrit les vésicatoires, et ne les regarde que comme propres à exaspérer l'irritation intestinale.

L'émission sanguine, pratiquée à l'époque de l'entrée du malade, non seulement ne fut pas avantageuse, mais elle fut suivie d'une exaspération marquée de tous les symptômes. Ce fait nous a rappelé une remarque de Pringle, consignée dans ses observations sur la fièvre d'hôpital. Au commencement de cette fièvre, dit-il, le pouls n'est jamais *abattu*, mais il est très vif, et varie souvent le même jour sous le rapport de la force et de la plénitude. Si, dans ce cas, l'on prescrit de nombreuses et larges saignées, afin d'obvier à la fausse indication de l'inflammation, le pouls devient plus fréquent et plus faible, et le malade tombe dans le délire.

L'individu qui fait le sujet de cette observation, comme celui de la LXXIVe, a présenté une respiration gênée et singulièrement accélérée, à l'époque où les symptômes nerveux furent le plus prononcés. Aucun symptôme n'indiquait d'ailleurs l'existence d'une inflammation des poumons ou des plèvres. Nous ne pourrions que répéter ici ce que nous avons dit à ce sujet dans l'observation précédente. Nous ajouterons seulement qu'Huxham avait très bien saisi cet état de la respiration dans les fièvres graves. Gardez-vous, disait-il, de croire à une péripneumonie, parceque vous observez une grande

anxiété, une forte oppression, la sensation d'un poids insupportable sur la poitrine. Comme nous, il rapportait ces symptômes au désordre du système nerveux. (Traité de la fièvre lente nerveuse.)

Les pétéchies se montrèrent quarante-huit heures après la saignée; elles restèrent constamment peu nombreuses et pâles. Elles se flétrirent et disparurent à l'époque de la plus haute intensité des symptômes de prostration : les toniques ne les firent point reparaître.

LXXVIIe OBSERVATION.

Un commissionnaire, âgé de dix-huit ans, d'une assez faible constitution, cheveux châtains, chairs molles, a toujours joui d'une bonne santé; il n'habite Paris que depuis trois mois, et n'a pas éprouvé de misère. Le 11 mai, sans cause connue, il sentit à son réveil un malaise général, de la céphalalgie; sa bouche était amère. Dans la journée, il eut du frisson. — Le 12, il s'alita. — Le 13, il entra à la Charité.—Le 14, il présenta l'état suivant :

Vive injection de la face et des conjonctives; peau halitueuse, pouls fréquent, développé; langue blanchâtre, rouge à la pointe, soif peu vive, ventre indolent et souple, une selle consistante en vingt-quatre heures.

Cet individu présentait un ensemble de symptômes inflammatoires qui réclamaient une émission sanguine. En localisant la maladie, on pouvait la considérer comme une gastrite, et faire dériver de celle-ci tous les autres symptômes comme autant de phénomènes sympa-

thiques. Une large saignée fut pratiquée ; la tisane d'orge oxymélée fut prescrite. Le sang tiré de la veine se réunit en un large caillot peu consistant, verdâtre à sa surface. Pendant la journée, l'état du malade resta à peu près le même; il eut quelques nausées. La nuit, son sommeil fut agité par les rêves les plus incohérents; il n'alla qu'une fois à la selle.

Dans la matinée du 15, la fièvre persistait; la langue était moins animée. (*Trente sangsues à l'anus.*) La nuit, le malade s'agita beaucoup, et fut dans un état voisin du délire.

Le 16, il se plaignait d'un goût d'amertume insupportable; il avait de fréquentes nausées et peu de soif; la langue s'était couverte depuis la veille d'un enduit jaunâtre épais; il n'y avait pas eu de selle; la teinte rouge des pommettes contrastait avec la teinte jaune du pourtour des ailes du nez, des lèvres et des conjonctives; le pouls était toujours très fréquent et plein, la peau chaude et sèche.

Ainsi, l'état du malade avait subi, depuis la veille, un changement notable. Aux symptômes franchement inflammatoires des jours précédents, avait succédé cet ensemble de symptômes que l'on désigne sous le nom de symptômes bilieux. C'est dans des cas pareils que les vomitifs ont été préconisés comme un véritable spécifique. M. Lerminier prescrivit deux grains d'émétique dans une pinte d'eau de veau; mais comme le fièvre était encore intense, il fit précéder l'administration du vomitif par l'application de trente sangsues à l'anus.

Le malade ne vomit pas, et n'alla qu'une fois à la selle. Le lendemain 17, la langue, débarrassée de son

enduit jaunâtre, avait repris sa rougeur; d'ailleurs même état. (*Tisane d'orge oxymélée.*)

Dans la soirée, le malade, qui avait assez bien passé la journée, fut pris d'un violent frisson avec forte dyspnée. A huit heures, le frisson n'existait plus; mais le malade, dévoré par une chaleur brûlante, était plongé dans un haut degré de prostration; ce n'était que par intervalles qu'il répondait aux questions, et, par intervalles, il délirait complétement. La respiration était haute, accélérée, le pouls petit, concentré, irrégulier; les avant-bras étaient le siége de nombreux soubresauts de tendons.

Le malade avait ainsi passé subitement d'une situation peu grave à un état qui fut regardé comme à peu près mortel par ceux qui le virent le soir. Cependant, dans la matinée du 18, nous le trouvâmes moins mal. La respiration était plus libre; les forces étaient relevées; les facultés intellectuelles avaient repris leur netteté; les soubresauts de tendons étaient plus rares; le pouls, régulier, conservait sa petitesse; la face exprimait encore un grand abattement, une douce moiteur couvrait la peau; le ventre était ballonné, aucune selle n'avait eu lieu; la vessie, distendue par une énorme quantité d'urine, faisait une saillie considérable au-dessus du pubis; on fut obligé de la vider avec la sonde; un vésicatoire, fait avec un mélange d'ammoniaque liquide et d'axonge, fut appliqué à chaque cuisse.

Même état jusqu'au 19, à six heures du soir. Alors, réapparition des mêmes symptômes que le 17, mais avec une intensité beaucoup plus grande. A neuf heures, le malade semblait comme frappé d'apoplexie; la perte de

connaissance était complète; les paupières restaient abaissées; si on les soulevait, le globe de l'œil, fixe, immobile, paraissait insensible à l'impression des rayons lumineux; les narines se dilataient avec force à chaque inspiration, et chaque expiration était accompagnée de la dilatation passive des joues; la langue, aperçue au fond de la bouche, parut sèche et brune à son centre; le ventre était fortement ballonné; la fréquence des pulsations artérielles était telle qu'on ne pouvait les compter.

Le lendemain matin 20 à six heures, amendement semblable à celui que nous avions déjà observé le 18. Le malade avait repris sa connaissance; mais il avait encore un air de stupeur fort remarquable; comme le 18, la peau était humide.

Ce retour périodique des mêmes symptômes sous le type tierce, le frisson qui annonçait leur invasion, la moiteur de la peau qui se manifestait à mesure que les symptômes graves disparaissaient, pouvaient porter à soupçonner l'existence d'une fièvre rémittente pernicieuse. Le second accès avait été plus violent que le premier; il était à craindre que le troisième ne fût mortel.

Le 21, jour où ce troisième accès devait se montrer, l'on donna, dix heures avant son invasion présumée, douze grains de sulfate de quinine par la bouche, et une once de poudre de quinquina en lavement.

Le soir, l'accès ne revint pas. Cependant il s'en fallait bien que le malade fût hors de danger; l'état adynamique se prononçait de plus en plus; la couleur noire de la langue avait fait des progrès; un dévoiement assez abondant s'était établi; le quinquina n'en fut pas moins

continué en lavement à la dose d'une demi-once chaque jour jusqu'au 25, dans le but de prévenir tout retour des accès. Depuis le 20, la surface des vésicatoires avait pris une teinte brunâtre; et le 23, une large escarre les recouvrait. La paralysie de la vessie persistait, et l'urine n'était expulsée qu'à l'aide de la sonde.

Le 25, la langue, les lèvres et les dents étaient recouvertes d'une croûte noire épaisse; le ventre était fortement météorisé; cinq ou six selles liquides étaient rendues dans le lit. Il y avait en même temps chaleur âcre de la peau, grande fréquence et petitesse du pouls, qu'une légère pression faisait disparaître; air de stupeur très prononcé; engourdissement des facultés intellectuelles; perte absolue de mémoire; faiblesse musculaire très grande; escarres des vésicatoires, du sacrum, et du grand trochanter gauche; paralysie de la vessie. Le retour des accès ne semblait plus à craindre.

Dans cet état, fallait-il n'avoir égard qu'à la phlegmasie non douteuse des voies digestives, et n'administrer que de simples adoucissants? Fallait-il plutôt prendre en considération l'état général des forces, dont plusieurs symptômes paraissaient indiquer l'absence réelle? Devait-on admettre avec Brown qu'à la période d'excitation générale avait succédé une période d'affaissement, ou dire avec M. Broussais que les forces n'étaient point absentes, mais qu'elles étaient toutes concentrées sur le tube digestif? En admettant même que cette dernière opinion soit fondée, ce ne serait point un motif de rejeter indistinctement et sans un mûr examen les médicaments toniques et excitants. N'existe-t-il pas plusieurs cas d'inflammations externes où les toniques sont employés

avec avantage, soit à l'intérieur, soit sur les surfaces enflammées elles-mêmes? M. Lerminier prescrivit un lavement de camomille avec addition de cinq gouttes d'huile essentielle de genièvre; la limonade citrique pour boisson; deux bouillons, une pinte de décoction de polygala; une autre pinte de décoction de deux gros de racine d'angélique avec addition de deux onces de sirop d'œillet. On sait combien Hildenbrand a vanté, dans les fièvres graves, l'emploi de la racine d'angélique; il la préférait comme moins dispendieuse, et, en même temps, comme plus efficace que la racine de contrayerva, et de serpentaire de Virginie. Des embrocations d'huile de camomille camphrée furent faites sur le ventre.

Vingt-quatre heures après que ce mode de traitement eut été commencé, la langue s'était humectée, et n'était plus que légèrement brune à son centre; le pouls s'était relevé et avait moins de fréquence; l'expression de la face était plus naturelle, les yeux surtout étaient plus en harmonie avec les objets environnants. Le malade répondait nettement et avec précision aux questions; il parlait de son état, de ses souffrances, comme un homme qui jouit de toute l'intégrité de ses facultés intellectuelles; mais il ignorait complétement où il était; il n'avait sur son existence passée que des idées confuses; il lui était même impossible de se rappeler ce qui lui était arrivé la veille, ou même ce qu'il avait fait deux ou trois heures auparavant. Le ballonnement du ventre n'avait pas diminué; le dévoiement était aussi considérable; le malade lâchait sous lui; il n'urinait qu'avec la sonde. Les escarres furent couvertes de quinquina camphré. D'ailleurs, même prescription, plus une tasse de vin.

Le 27, l'infusion aqueuse de quinquina fut substituée à la décoction de polygala, et la limonade minérale à la limonade citrique.

Du 28 mai au 6 juin, une amélioration rapide eut lieu. Les mêmes médicaments furent continués; nous vîmes, pendant qu'ils étaient administrés, la langue reprendre chaque jour un aspect de plus en plus naturel, le ventre redevenir souple, le dévoiement se modérer, puis cesser complétement, le pouls se ralentir, la stupeur disparaître, les forces se rétablir, la mémoire revenir, les plaies des vésicatoires se cicatriser, et les ulcères du sacrum et du grand trochanter, qui avaient succédé à la chute des escarres, se déterger et prendre une belle couleur vermeille.

Il n'y eut pendant tout ce temps aucune sueur, aucun phénomène qui pût être considéré comme critique.

Le 6 juin, le pouls n'avait plus qu'une fréquence médiocre, et la chaleur de la peau avait perdu son âcreté; la diarrhée avait entièrement cessé. Le malade, qui semblait sur le point d'entrer en convalescence, demandait avec instance des aliments. Malheureusement l'ulcère du grand trochanter faisait chaque jour des progrès. La suppuration abondante qui en résultait empêchait le malade de reprendre ses forces; elle pouvait même devenir une cause de rechute et de mort. L'infusion aqueuse de quinquina fut remplacée par six onces de vin de quinquina. D'innombrables observations constatent les bons effets de cette substance dans tous les cas de suppuration abondante sans réaction générale vive. De Haen surtout en a signalé les avantages. (*Rat. med., pars undecima, caput primum.*)

Le vin de quinquina fut continué à la dose de six à huit onces chaque jour pendant tout le cours du mois de juin et le commencement de juillet. Pendant ce temps, les ulcérations cessèrent enfin de s'étendre; celle du sacrum se cicatrisa assez promptement; mais les bords de l'ulcère du grand trochanter se décollèrent. On parvint peu à peu à en opérer le recollement à l'aide d'une compression méthodique. La cicatrisation n'était pas encore complète le 15 juillet. A mesure que l'ulcération avait diminué, le pouls était aussi devenu de moins en moins fréquent. A dater des premiers jours de juillet, toute espèce de fièvre cessa, et la suppuration n'étant plus que très peu abondante, l'usage de vin de quinquina fut suspendu. Le malade était dans l'état le plus satisfaisant; il commençait à se promener dans les salles et dans le jardin de l'hôpital; il mangeait le quart, et buvait deux tasses de vin chaque jour.

Dans la nuit du 13 au 14 juillet, apparurent sur les fesses huit à dix boutons varioliformes. Le lendemain, quelques-uns se montrèrent sur les bras et sur la face. Rouges et coniques d'abord, ils étaient déjà blancs, trente heures environ après leur apparition. Quatre ou cinq étaient déprimés à leur centre; les autres conservaient leur forme pointue. On en remarquait quelques-uns de confluents à la région lombaire. Au bout de trois jours, ils étaient tous desséchés. Du reste, aucun mouvement fébrile, aucun trouble n'accompagna cette éruption, qui nous parut ressembler beaucoup à une varicelle. Le malade portait les marques de la vaccine.

Pendant les quinze derniers jours de juillet, les pieds s'œdématisèrent légèrement chaque soir. Cette infiltration

passive fut combattue par le vin diurétique amer de la Charité, et se dissipa à mesure que les forces se rétablirent. Le malade sortit très bien portant, le 6 août.

Nous avons déjà essayé de faire ressortir dans le cours de cette observation les circonstances qui la rendent surtout remarquable. Nous avons vu que les symptômes inflammatoires qui existaient dans le principe furent combattus par de larges et nombreuses émissions sanguines; que plus tard un vomitif fut administré; il ne donna lieu à aucune évacuation; les symptômes de phlegmasie gastrique reparurent dès le lendemain, et le soir se montra un premier redoublement qui donna à la maladie le caractère d'une fièvre rémittente pernicieuse. Le second redoublement fut encore plus terrible; le quinquina fut alors donné avec succès. J'ignore comment, d'après les principes de l'école du Val-de-Grâce, les bons effets du quinquina dans ce cas peuvent être expliqués; je me contente de raconter le fait, et de rappeler qu'il suffit d'ouvrir les livres pour trouver d'innombrables exemples de cas analogues. Ne faut-il pas en conclure que la gastrite est loin de jouer le principal rôle dans cet ensemble de phénomènes effrayants qui caractérisent l'accès?

Lorsqu'il ne resta plus que les symptômes encore très graves d'une fièvre adynamique des plus intenses, c'est encore par une médication éminemment tonique que ces symptômes furent vaincus. Rappelons surtout que sous son influence la langue sèche et noire revint promptement à son état naturel.

Enfin, lorsqu'une abondante suppuration épuisait le malade, c'est encore par le quinquina, donné à une dose considérable, que les forces furent soutenues.

Nous devons aussi noter l'éruption varioliforme, et l'œdème qui survint pendant la convalescence : résultat de la débilité générale, cet œdème disparut à mesure que les forces se rétablirent.

LXXVIIIe OBSERVATION.

Un maçon, âgé de 17 ans, cheveux noirs, peau brune, muscles développés, habitant Paris depuis six mois, avait eu de temps en temps la diarrhée depuis son arrivée. Depuis quatre jours le dévoiement avait reparu; pour l'arrêter, le malade but du vin chaud sucré, qu'il vomit. Lors de son entrée, le 28 octobre, la face était rouge, les yeux animés, la langue d'un rouge vif et un peu sèche; une soif ardente le tourmentait; la pression faisait naître une douleur légère autour de l'ombilic, et plus vive à la région iliaque droite; le pouls était fréquent et de force ordinaire, la peau sèche et chaude. (*Saignée de deux palettes, tisane d'orge.*) — L'état du malade resta à peu près le même jusqu'au 31; le dévoiement était abondant. (*Tisanes adoucissantes, lavement de guimauve.*)

Le 1er novembre, neuvième jour, traits abattus, découragement, ventre ballonné, douloureux à la pression, langue rouge, visqueuse, huit à dix selles comme les jours précédents, pouls facilement déprimable. (*Frictions avec le liniment volatil sur les membres, vésicatoires aux jambes.*)

Dans la soirée, le malade sua un peu pour la première fois, sans qu'aucune amélioration fût observée dans son

état. Cependant, dans le but de favoriser ce mouvement critique, M. Lerminier prescrivit dix grains de poudre de Dower en deux doses ; cette poudre fut continuée les jours suivants. Elle était donnée tous les soirs, et chaque nuit le malade avait des sueurs abondantes ; la dose en fut portée assez rapidement jusqu'à vingt grains en plusieurs paquets. Les frictions étaient continuées, et les vésicatoires entretenus. Cependant les symptômes s'aggravaient, les forces diminuaient sensiblement, la langue noircissait, la douleur, le ballonnement du ventre et le dévoiement persistaient.

Le treizième jour, léger trouble des idées. — Le quatorzième, intelligence nette, pouls petit et d'une irrégularité remarquable. — Le quinzième, un ver fut vomi. — Le seizième, apparurent des crachats épais, puriformes, abondants; toux légère. Les symptômes, qui jusqu'alors étaient devenus chaque jour de plus en plus fâcheux, s'étaient amendés : langue humide, ventre souple, pouls plus régulier, aspect de la face plus naturel, mouvements plus libres.

Le dix-septième jour, l'amélioration continuait; le dévoiement était modéré, l'expectoration persistait, elle se montra encore les quatre jours suivants. Pendant tout ce temps, le malade sua à peine, bien que la poudre de Dower fût continuée.

Dans la nuit du vingt-un au vingt-deuxième jour, une sueur très abondante survint. Le matin, le malade était bien, le pouls était très régulier, l'expectoration avait cessé.

Les jours suivants les forces se rétablirent rapidement, et le malade ne tarda pas à entrer en convalescence.

Cependant le pouls ne perdit son irrégularité que vers la fin de novembre.

Différent des précédents malades, celui-ci ne parut avoir qu'une adynamie fausse; l'on n'observa point cette lividité de la face, cette stupeur, cet anéantissement physique et moral que présentaient les autres; aussi ne donna-t-on que des boissons adoucissantes. C'est comme révulsifs de la peau que furent prescrits et les vésicatoires et les frictions. Les symptômes de l'irritation gastro-intestinale apparurent dès le début de la maladie; ils s'exaspérèrent à mesure qu'elle s'aggrava, et diminuèrent avec elle.

Une sueur abondante s'établit spontanément vers la fin du neuvième jour; elle parut être provoquée les jours suivants par la poudre de Dower. Les symptômes ne s'en aggravèrent pas moins jusqu'au seizième jour. Alors se montrèrent des crachats puriformes, dont l'apparition coïncida avec un amendement très marqué de tous les symptômes. Cette expectoration critique persista les quatre jours suivants; et pendant cet intervalle, les sueurs diminuèrent notablement, bien que la poudre de Dower fût continuée; il semblait que le mouvement critique eût abandonné la peau pour s'opérer sur la muqueuse bronchique. Enfin le vingt-unième jour, une sueur très abondante reparut; en même temps l'expectoration cessa, et dès lors la maladie fut définitivement jugée.

Les anciens auraient soigneusement distingué la sueur du neuvième jour, qui fut sans avantage, et la sueur du vingt-unième. Cette dernière, qui fut suivie d'un amendement si marqué, eût été seule regardée comme critique,

Il est douteux que les sueurs, provoquées plusieurs jours de suite par la poudre de Dower, aient été utiles. Sydenham mettait une grande différence entre les sueurs établies par la nature et celles que l'art sollicitait. Il regardait les premières comme infiniment plus favorables; et ce n'était jamais qu'avec la plus grande précaution qu'il cherchait à faire naître ou à hâter ce travail de la nature.

Nous ferons encore remarquer la persistance de l'irrégularité du pouls pendant la convalescence, comme un phénomène assez rare.

LXXIXe OBSERVATION.

Un vannier, âgé de 22 ans, à Paris depuis deux ans, se nourrissant bien, et ne commettant aucun excès, ressentit, dans la journée du 28 février, un malaise général et des frissons vagues. Le lendemain, le malaise de la veille augmenta; jusqu'au 4 mars, il garda la chambre, et ne prit que quelques bouillons et des tisanes. Entré à la Charité le 5 mars, il présenta l'état suivant.

Forte céphalalgie sus-orbitaire, face rouge, yeux appesantis, accablement général, pouls fréquent et dur, peau chaude et sèche, langue rouge à la pointe, bouche amère, soif vive, légère tension du ventre, qui est un peu douloureux par la pression autour de l'ombilic, une selle bien liée tous les deux jours depuis le début de la maladie.

Chez ce malade l'estomac et l'intestin grêle étaient évidemment le siége d'une phlegmasie encore peu intense;

elle s'annonçait par l'ensemble des symptômes de la fièvre inflammatoire de M. Pinel. (*Saignée de quatre palettes, tisane de violette et de bourrache, diète sévère.*) Le sang présenta un large caillot sans couenne; sueur dans la soirée pour la première fois. (Du sixième au septième jour.)

Dans la matinée du 6, même état. (*Vingt-quatre sangsues à l'anus, lavement émollient.*)

Du 6 au 11, persistance de la fièvre.

Le 11, sans cause connue, l'état du malade avait empiré d'une manière remarquable : idées confuses, réponses pénibles, commencement de stupeur, grande pâleur, langue sèche, pouls très fréquent, conservant de la force. Le trouble des facultés intellectuelles, l'expression particulière des traits de la face, firent croire au début d'une affection cérébrale; elle fut combattue par l'application de huit sangsues sur chaque côté du cou.

Le 12, l'intelligence avait repris sa netteté, la face avait une expression plus naturelle; mais la langue, les dents et les lèvres étaient sèches et encroûtées, le pouls était devenu très facilement déprimable, le malade ne paraissait plus être en état de supporter de nouvelles émissions sanguines. Opérer une révulsion vers les extrémités inférieures, et soutenir doucement les forces, telles parurent à M. Lerminier les indications les plus urgentes à remplir. (*Vésicatoires aux jambes, limonade minérale.*)

Dans la nuit du 12 au 13, une sueur générale très abondante s'établit; elle persistait dans la matinée du 13 (quatorzième jour). L'abdomen était couvert de nombreux *sudamina*. Une amélioration sensible avait eu lieu;

les forces étaient relevées; mais la fièvre persistait, la langue conservait sa sécheresse. (*Douze grains de poudre de Dower.*)

Les sueurs cessèrent dans l'après-midi.

Le 14, l'amélioration de la veille n'existait plus; le ventre s'était météorisé. (*Embrocations d'huile de camomille camphrée, douze grains de calomélas en trois paquets.*) Deux selles eurent lieu dans les vingt-quatre heures.

Aucun changement ne survint jusqu'au 17. (*Tisanes délayantes, un peu de bouillon, quelques cuillerées de vin.*) Ce jour-là (dix-huitième de la maladie), sueur générale, qu'aucun médicament n'avait provoquée.

A dater de cette époque, la langue s'humecta, les forces se relevèrent rapidement, la fréquence du pouls diminua; on donna de temps en temps un peu de calomélas pour vaincre la constipation; on accordait au malade quelques crèmes de riz et un peu de vin. Il semblait sur le point d'entrer en convalescence, lorsque le 26 un écart de régime aggrava de nouveau son état; mais une diète sévère fit bientôt disparaître cette fâcheuse récrudescence.

Le 4 avril, apyrexie complète; le malade éprouvait quelques symptômes d'embarras gastrique, tels que langue sale, bouche amère, rapports nidoreux, etc. Ces symptômes cédèrent à l'administration de six grains d'ipécacuanha; les forces et l'embonpoint ne revinrent que lentement, et ce rétablissement tardif ne permit au malade de quitter l'hôpital qu'au commencement du mois de mai.

Cet individu eut des sueurs à trois différentes époques de sa maladie; le 7e, le 14e et le 18e jour. La sueur du 7e jour fut uniquement symptomatique, et n'apporta aucun soulagement. Celle du 14e jour fut précédée des symptômes les plus graves, et accompagnée d'une amélioration qui ne fut malheureusement que passagère. La sueur du 18e jour coïncida comme la précédente avec un amendement sensible des symptômes. Mais cet amendement fut durable, et dès lors la maladie marcha franchement vers une terminaison heureuse.

Aucun tonique proprement dit ne fut administré à l'intérieur. Des émissions sanguines dans le principe et plus tard les épispastiques furent mis en usage. Le vésicatoire, appliqué le 13e jour, contribua peut-être à favoriser l'établissement de la sueur qui eut lieu le lendemain. L'administration de la poudre de Dower ne fut suivie d'aucun effet diaphorétique.

La constipation, qui exista pendant tout le cours de la maladie, fut plusieurs fois combattue par le mercure doux; donné à la dose de douze grains, ce médicament ne procura qu'une ou deux selles en vingt-quatre heures. L'on eut soin de s'en abstenir toutes les fois qu'un mouvement critique vers la peau parut tendre à s'établir.

Le délire, qui survint le 12e jour, céda facilement à une application de sangsues au cou. La pâleur de la face, la prostration commençante, ne parurent point des motifs suffisants pour empêcher d'avoir recours à cette évacuation sanguine. Dans ce cas, l'on doit avoir moins égard à l'état général des forces, qu'à l'existence des symptômes cérébraux, indices d'une congestion sanguine vers l'encéphale.

LXXXe OBSERVATION.

Un tailleur sur cristaux, âgé de vingt-deux ans, à Paris depuis sept mois, peau blanche, cheveux châtains, muscles grêles, jouissant habituellement d'une bonne santé, ressentit le 8 mai, sans cause connue, une grande fatigue, des douleurs vagues dans les membres, et une forte céphalalgie sus-orbitaire. Ces symptômes persistèrent les jours suivants. Le malade garda le repos et la diète. Il entra à la Charité dans la soirée du 13.

État du 14 : face rouge, yeux abattus; ensemble des traits présentant déjà un air de stupeur fort remarquable. Mouvements pénibles, paresse à répondre; pouls à peine fréquent, assez développé, mais irrégulier; peau chaude et moite; langue animée, soif; persistance de la constipation. (*Tisane d'orge, lavement de lin, diète.*)

Même état le 15 et le 16. Une selle chaque jour. Toutes les trois pulsations, le pouls avait un arrêt bien marqué.

Le 17, la stupeur, l'air de prostration, s'étaient accrus d'une manière remarquable. En même temps, rougeur et sécheresse de la langue; deux selles liquides; fréquence plus grande du pouls, qui a perdu son irrégularité; chaleur brûlante de la peau. L'inflammation de la muqueuse digestive se dessinait plus fortement que les jours précédents. La stupeur considérable, dans laquelle était plongé le malade contre-indiquait-elle l'emploi d'une émission sanguine, ou bien cette stupeur n'était-elle que l'effet de la phlegmasie intestinale? M. Lerminier, après avoir élevé ces questions, tenta l'application de trente sangsues à l'anus. Leurs piqûres coulèrent abondamment; une sueur copieuse survint pendant la nuit. Le lendemain 18, l'a-

mélioration n'était pas douteuse ; la face surtout avait un aspect beaucoup plus naturel ; les traits s'étaient relevés ; la langue s'était humectée; la fièvre avait diminué.

Le 19, les symptômes graves du 17 avaient reparu. L'heureux effet de la première application de sangsues porta M. Lerminier à en prescrire une seconde : mais cette fois, elle ne parut pas avoir un résultat aussi avantageux. A la vérité, nous trouvâmes le lendemain 20 la fièvre modérée, la langue humide et d'une bonne couleur; mais la prostration avait augmenté, la parole était un peu embarrassée, la tendance à l'adynamie était évidente. D'une autre part, les symptômes d'irritation intestinale ne paraissaient que bien légers; il n'y avait que peu de fréquence dans le pouls. Deux vésicatoires furent appliqués aux jambes; deux tasses d'infusion aqueuse de quinquina furent données.

Les deux jours suivants, la langue rougit et se sécha. Une seule selle liquide eut lieu toutes les vingt-quatre heures. Le ventre conservait de la souplesse. Le quinquina fut remplacé par une décoction de polygala gommée.

Les 22 et 24, la langue s'humecta et perdit sa rougeur. Dans la soirée du 24, sueur abondante. Le 25, *sudamina* sur l'abdomen, expectoration, depuis la veille, d'une assez grande quantité de crachats jaunâtres, très épais. Amélioration remarquable.

Les quatre jours suivants, sueurs très abondantes, crachats copieux, puriformes. Un léger dévoiement s'établit. L'amélioration se prononça de plus en plus. (*Mêmes médicaments, quelques bouillons.*)

Le 30, le malade se plaignit d'avoir ressenti toute la

nuit de fortes douleurs dans les membres. A la visite, nous le trouvâmes en sueur comme les jours précédents; mais nous observâmes que les doigts des deux mains, hors les indicateurs, étaient fortement fléchis sur la paume. Le malade ne pouvait les étendre qu'imparfaitement et avec beaucoup de peine. Il allait d'ailleurs très bien, n'avait pas de fièvre, et pouvait être considéré comme convalescent. (*Infusion de camomille, crèmes de riz, bouillons, une tasse de vin.*)

Du 31 mai au 3 juin, trois onces de sirop de quinquina furent données chaque jour, dans le but surtout de combattre les sueurs abondantes qui, se prolongeant outre mesure, semblaient retarder les progrès de la convalescence.

Le 3 juin, le vin de quinquina fut substitué au sirop. M. Chomel, qui avait pris momentanément le service, essaya de suspendre le léger dévoiement qui persistait, en ajoutant à la tisane d'orge gommée une petite quantité d'acide muriatique.

Du 3 au 9, l'état du malade resta à peu près le même. Il se décourageait, et les forces ne se rétablissaient pas. La flexion des doigts persistait.

Le 10, la stupeur reparut; le pouls redevint fréquent. L'on avait dit au malade que la peste régnait dans les hôpitaux de Paris. Cette fausse nouvelle le frappa vivement, et il se regarda comme voué à une mort inévitable.

Les 11 et 12, décomposition rapide des traits de la face; légers mouvements convulsifs des muscles élévateurs de la commissure gauche des lèvres; yeux fixes, largement ouverts; pupilles également dilatées; flexion des doigts; intelligence nette; pouls lent; langue humide et vermeille; deux à trois selles. (*Même prescription.*)

Dans la matinée du 13, la face avait un aspect cadavérique. Les extrémités étaient glacées. Une sueur froide ruisselait de toute la surface de la peau. Le pouls ne se sentait plus. Cependant l'intelligence conservait encore toute sa netteté. Le malade demandait continuellement à boire. La langue conservait son aspect naturel. Une épistaxis assez abondante avait eu lieu la veille au soir. Mort dans la journée.

Ouverture du cadavre.

Crâne. Les méninges ne présentèrent aucune trace appréciable de lésion. La substance cérébrale, soigneusement examinée, n'était ni plus injectée, ni plus molle, ni plus consistante que dans l'état ordinaire. Une cuillerée à café environ de sérosité limpide existait dans chaque ventricule latéral. On n'en trouva point à la base du crâne. Le reste de l'encéphale et le prolongement rachidien n'offrirent non plus rien de remarquable.

Thorax. Les poumons sains n'étaient que très légèrement engoués à leur partie postérieure. Le cœur ne contenait qu'une petite quantité de sang noir liquide.

Abdomen. L'estomac, vu à l'extérieur, était divisé en deux portions par un rétrécissement circulaire qui existait à peu près à sa partie moyenne. Sa surface interne était blanche; la muqueuse d'épaisseur et de consistance ordinaire.

L'intestin grêle, y compris le duodénum, était très pâle jusqu'à un demi-pied environ au-dessus du cœcum. Il présentait seulement, dans sa partie inférieure, six à sept plaques ovalaires, dont le fond grisâtre était parsemé d'une foule de petits points noirs pressés les uns

contre les autres. Dans l'espace de six pouces au-dessus du cœcum, la muqueuse était assez vivement injectée, mais n'avait pas toutefois perdu sa transparence.

La surface interne du gros intestin, depuis le cœcum jusqu'au rectum, était parsemée d'une grande quantité de petits points noirs isolés, et non agglomérés comme dans l'intestin grêle. Autour d'eux, la membrane muqueuse faisait une légère saillie, d'où résultait une apparence tout-à-fait semblable à celle que présentent les cryptes muqueux de la peau lorsqu'ils ont acquis un plus grand développement que de coutume. Entre eux, la membrane muqueuse était blanche dans plusieurs points, injectée dans d'autres.

Les autres viscères abdominaux ne présentèrent rien de remarquable.

Lorsque nous vîmes cet individu pour la première fois, il n'était malade que depuis peu de jours, et il ne présentait que les symptômes d'une fièvre continue, légère, qui semblait devoir céder à quelques jours de diète et de repos. Cependant, dès cette époque, son air de stupeur fixa notre attention, et fit redouter le développement d'une maladie plus grave que ne paraissait l'annoncer l'ensemble des autres symptômes. M. Lerminier appela aussi à cette époque l'attention des élèves sur l'irrégularité du pouls. Chose remarquable! cette irrégularité ne disparut que lorsque la maladie eut pris un caractère décidément plus fâcheux. Était-ce le cas de l'homme cité par De Haen, dont le pouls, intermittent dans l'état de santé, devenait régulier toutes les fois qu'il avait de la fièvre?

Tel est encore le cas suivant cité par Rasori (fièvre pétéchiale de Gênes, obs. 14).

Chez un individu atteint de la maladie épidémique, le pouls, qui, pendant son cours, n'avait jamais été intermittent, le devint à la cessation de la fièvre; l'on apprit alors de ce malade que, dans son état de santé habituel, il avait le pouls intermittent.

Nous avons vu combien fut utile la première application de sangsues. Non seulement sous son influence les symptômes de la phlegmasie gastro-intestinale s'amendèrent, mais encore la stupeur disparut, et les forces se relevèrent. Il ne faut pas négliger de remarquer qu'à la suite de cette première émission sanguine une sueur abondante survint; elle fut probablement le résultat heureux de la détente générale que produisit la saignée; il serait d'ailleurs difficile de déterminer si cette détente fut cause ou effet de l'amélioration qui eut lieu. Le mieux ne fut malheureusement que momentané; la deuxième application de sangsues fut loin d'être aussi avantageuse que la première. Les symptômes inflammatoires diminuèrent à la vérité, mais la prostration augmenta d'une manière sensible. Cet effet différent des deux saignées semblait prouver que, lorsque la première fut pratiquée, il y avait simple oppression des forces, tandis que plus tard l'adynamie était réelle. N'était-ce pas la débilité indirecte qui, selon Brown, succède dans la plupart des fièvres à la période inflammatoire? Les toniques furent essayés; mais le quinquina donné en simple infusion parut irriter trop fortement la muqueuse gastrique. La décoction de polygala gommée fut mieux supportée.

Cependant la maladie ne se jugeait pas; son pronostic

était encore fort incertain, lorsque dans la soirée du 16e jour des sueurs abondantes et une expectoration comme puriforme s'établirent spontanément. Cette double évacuation, qui fut accompagnée d'une amélioration bien tranchée, continua à avoir lieu les quatre ou cinq jours suivants.

Nous sommes habitués à voir survenir des sueurs critiques; mais une expectoration véritablement critique est un phénomène beaucoup plus rare. La lecture attentive de la plupart des observations de ce genre, consignées dans les auteurs, fait voir que ces prétendus crachats critiques ne sont autre chose que la terminaison naturelle d'un catarrhe pulmonaire qui compliquait la maladie, et qui se résout en même temps qu'elle. Tel ne parut point être le cas de notre malade. Il expectora tout à coup des mucosités opaques et puriformes, sans avoir présenté les jours précédents aucun symptôme d'irritation pulmonaire. Grant, dans ses Recherches sur les fièvres, a rapporté des cas semblables. On voit aussi dans l'histoire première du troisième livre d'Hippocrate *de morbis vulgaribus*, la rémission des divers symptômes de la maladie coïncider avec l'apparition de crachats épais et globuleux.

La maladie paraissait être définitivement jugée. Un léger dévoiement persistait, mais il ne paraissait pas s'opposer aux progrès de la convalescence; on jugea convenable de l'arrêter: on chercha aussi à suspendre par le quinquina les sueurs qui ne paraissaient plus être critiques et qui semblaient être tout à la fois et l'effet et l'une des causes de la lenteur du rétablissement des forces.

C'est dans cet état de choses que l'on effraya vivement l'esprit du malade. Dès lors découragement, crainte de

la mort, pressentiment de sa fin prochaine, affaissement rapide et mort.

Cette rechute fut si promptement mortelle que l'on fut porté à penser qu'elle était due au développement d'une phlegmasie cérébrale. La stupeur de la face, portée en vingt-quatre heures au plus haut degré, l'expression particulière des yeux, la contraction permanente des fléchisseurs des doigts, les mouvements convulsifs des muscles de la face, enfin la nature même de la cause à laquelle la rechute pouvait être attribuée, semblaient annoncer l'existence d'une arachnitis. A la vérité, il n'y avait point de délire; mais la conservation des facultés intellectuelles n'a-t-elle pas été observée dans plusieurs cas bien constatés d'inflammations de l'arachnoïde? Ne sait-on pas que le délire n'a pas lieu le plus souvent lorsque l'inflammation n'existe qu'à la face inférieure du cerveau? L'on n'observait pas toutefois la douleur de tête, qui a été signalée comme l'un des signes les plus constants de l'arachnitis. Cependant le cerveau et ses membranes furent trouvés dans l'état le plus naturel.

Un autre organe était-il le siége d'une lésion qui pût rendre raison des accidents nerveux observés pendant les derniers temps de la vie, et le cerveau n'avait-il été que sympathiquement irrité? Ce siége, nous le cherchâmes vainement dans l'estomac, qui était sain. Nous le cherchâmes vainement aussi dans les intestins grêles, qui ne présentèrent d'autre altération qu'une injection peu considérable de six pouces d'étendue, et des points noirs. Enfin, les gros intestins n'offrirent non plus rien autre chose que ces points noirs et une légère phlegmasie autour de plusieurs d'entre eux. Mais nous n'attachons que bien peu

d'importance à l'existence de ces points noirs. Nous les avons rencontrés si souvent chez des individus qui succombaient aux maladies les plus diverses, que nous sommes très portés à penser qu'aucun symptôme morbide n'en est le résultat. L'un de nos plus zélés collaborateurs, M. Descieux, les a également observés dans le canal intestinal d'un grand nombre de moutons tués pour les boucheries. Souvent aussi nous les avons rencontrés dans les intestins des chiens sacrifiés aux expériences physiologiques.

La surface interne des intestins est quelquefois parsemée d'une multitude vraiment infinie de ces points noirs. Dans l'intestin grêle, ils ont à peine le volume d'une très petite tête d'épingle; on peut assez justement les comparer aux poils de la barbe récemment faite. Ils sont le plus ordinairement pressés les uns contre les autres, de manière à former par leur assemblage des plaques arrondies ou ovalaires, dans lesquelles la muqueuse blanche paraît comme criblée d'une infinité de ces petits points, dont on fait disparaître la couleur par un léger grattage. Au dessous d'eux, la muqueuse déprimée présente une petite lacune à bord et à fond blanc. Ces points noirs couvrent quelquefois la muqueuse dans l'étendue de plusieurs pieds; c'est dans le quart inférieur de l'intestin grêle qu'on les observe le plus fréquemment. Dans le cœcum, ils se présentent quelquefois sous un aspect semblable; mais dans le colon, ils sont ordinairement isolés; ils y sont aussi plus saillants et plus gros. Autour d'eux, la muqueuse est quelquefois un peu tuméfiée, et un cercle noir limite cette tuméfaction. (Voyez la figure.)

Si maintenant nous cherchons à déterminer quelle est

la nature de ces points noirs, nous remarquerons d'abord qu'ils ont une disposition semblable à celle qu'affectent les follicules muqueux si bien décrits par Peyer il y a près de deux siècles. Comme ces follicules, on les voit se grouper les uns autour des autres, et former par leur agglomération des figures circulaires, ovales, oblongues, angulaires, etc. Comme eux, on les trouve d'autant plus multipliés, qu'on examine l'intestin plus près du cœcum. Ces points noirs ne seraient-ils autre chose que le résultat d'une sécrétion morbide de ces follicules?

Quoi qu'il en soit, il reste démontré pour nous qu'un ensemble de symptômes, désigné dans l'école de M. Pinel sous le nom de fièvre ataxo-adynamique, a existé chez l'individu qui fait le sujet de cette observation, sans que l'ouverture du cadavre ait présenté aucune lésion qui pût en rendre compte.

Mais la maladie, bien que n'ayant laissé dans les organes aucune trace de son existence, ne semble pas moins en avoir eu son siége dans le système nerveux. Fortement ébranlé par une vive impression morale, le cerveau s'est irrité, et a en même temps attiré à lui le peu de forces que possédait encore l'individu. De là l'augmentation de la faiblesse générale, et l'exaltation simultanée du système nerveux. Si l'individu eût possédé en quelque sorte une plus forte somme d'énergie vitale, l'équilibre entre les divers systèmes d'organes n'aurait pas été si facilement rompu, et la stimulation imprimée au système nerveux n'aurait pas eu peut-être des suites funestes. Il aurait fallu pour cela le développement d'une véritable inflammation du cerveau ou de ses membranes.

Quant à la première maladie, sa nature était diffé-

rente. La phlegmasie des voies digestives ne pouvait pas être révoquée en doute. Mais il y avait en même temps une tendance à la prostration qui ne devait pas être perdue de vue ; de là diverses indications thérapeutiques. Nous avons vu quelle méthode de traitement fut employée, et nous avons cherché à apprécier quel fut l'effet des divers médicaments que l'on mit tour à tour en usage.

Notons encore quelques uns des symptômes qui se manifestèrent lors de la rechute.

L'état de la langue fut dans ce cas particulier parfaitement d'accord avec l'état de l'estomac. Cependant, bien qu'il n'y eût pas la plus légère apparence de gastrite, une soif ardente tourmentait le malade. Elle semblait être sympathique de l'état du cerveau, de même que, dans d'autres circonstances, on voit le délire, les convulsions, etc., se manifester comme phénomènes sympathiques de l'état de l'estomac. N'oublions jamais que la plupart des fonctions nutritives peuvent être augmentées, diminuées, ou perverties dans leur exercice par la seule influence du système nerveux, et sans lésion matérielle correspondante. Ce principe est fécond en indications thérapeutiques.

Enfin nous remarquerons les caractères du pouls. Il acquit de la fréquence le premier jour de la rechute, puis il devint très lent à mesure que les symptômes nerveux se développèrent.

LXXXIe OBSERVATION.

Un homme de trente ans environ, cheveux noirs, peau brune, constitution forte, ayant assez d'embonpoint, fut apporté à la Charité, le 27 février, dans un état tel, que nous ne pûmes obtenir aucun renseignement sur les circonstances antécédentes : on sut seulement qu'il était malade depuis quinze jours; que le 23 février il avait pris un vomitif, et que, le lendemain, des sangsues avaient été appliquées sur l'épigastre. — Le 25, il avait cessé de parler. Conduit le 27 à la Charité, il ne répondait pas aux questions : les traits de la face exprimaient une profonde stupeur; la peau était froide, le pouls à peine sensible; de petites taches rosées, ayant la plupart d'une demi-ligne à trois lignes de diamètre, étaient disséminées en assez grand nombre sur la partie antérieure du thorax, sur l'abdomen et sur les membres supérieurs et inférieurs. Elles étaient plus rares aux membres qu'au tronc. Nous ne pûmes apercevoir que le bout de la langue, qui nous parut très sèche : le ventre était souple; aucune selle n'avait eu lieu depuis l'entrée du malade à l'hôpital. (*Petit-lait vineux, frictions sur les membres avec le liniment volatil cantharidé, deux vésicatoires aux jambes, lavement de guimauve avec addition d'un scrupule de camphre.*)

Dans la journée, le malade articula quelques paroles sans suite et à peine intelligibles; sa vessie se remplit d'urine; on fut obligé de le sonder deux fois.

Le lendemain 28, la face avait une pâleur cadavéreuse. Étranger à ce qui se passait autour de lui, le malade paraissait réfléchir; ses traits étaient immobiles. Inter-

rogé, il ne répondait pas d'abord ; quelques minutes après, il semblait revenir à lui, et répondait lentement, mais avec justesse ; puis il retombait dans son premier état. Le décubitus avait lieu sur le dos, les bras étendus le long du tronc. L'éruption était plus confluente que la veille ; de fréquents soubresauts avaient lieu dans les tendons ; la peau s'était un peu réchauffée, le pouls se sentait mieux, il était très fréquent, très facilement déprimable, irrégulier par intervalle. La langue, qu'il était impossible au malade de tirer hors de la bouche, quoiqu'il parût en avoir la volonté, était lisse et sèche à sa pointe, et couverte d'un enduit noirâtre à sa face supérieure ; une selle avait eu lieu ; le ventre restait souple ; la paralysie de la vessie persistait. (*Même prescription.*)

Dans la nuit, à l'engourdissement physique et moral succéda un violent délire, pendant lequel le malade se mit sur son séant et essaya de fuir de son lit.

Dans la matinée du 1er mars, on le voyait de temps en temps se lever sur son séant, regarder autour de lui d'un air étonné, puis se recoucher : il ne proférait aucune parole, ne semblait pas entendre ceux qui l'interrogeaient, et paraissait, comme la veille, diriger son attention vers quelque idée fixe. La langue était rouge et humide ; aucune selle n'avait eu lieu ; le lavement n'avait pas même été rendu ; les soubresauts de tendons étaient moins multipliés. Le malade n'avait pas uriné depuis plus de douze heures ; cependant sa vessie était vide. L'éruption était dans le même état. (*Petit-lait vineux, liniment comme les jours précédents, six grains de calomélas en deux paquets, deux bouillons.*)

Le 2 mars, des mouvements convulsifs agitaient la

face; une vive rougeur des joues avait remplacé la pâleur cadavéreuse; les yeux, hagards, roulaient avec violence dans leurs orbites, la mâchoire inférieure était dans une agitation continuelle, les muscles des membres se contractaient spasmodiquement; le malade prononçait avec peine quelques mots sans liaison; la langue, aperçue au fond de la bouche, était rouge et humide, les lèvres et les dents légèrement fuligineuses, la déglutition pénible, le ventre un peu ballonné; deux selles avaient eu lieu; le pouls ne put être senti, à cause des soubresauts très multipliés des tendons; une sueur abondante couvrait la peau, les pétéchies étaient moins nombreuses et pâles. (*Application d'une vessie pleine de glace sur la tête, et en même temps sinapismes aux pieds.*)

Dans la journée, les mouvements convulsifs cessèrent. — Le 3, une forte prostration avait succédé à la violente agitation de la veille, les pétéchies avaient une couleur livide, l'injection de la face persistait, la langue était de nouveau sèche et brune, l'enduit fuligineux des lèvres et des dents très épais, la respiration, calme jusqu'alors, était très fréquente et bruyante; l'expiration était courte, l'inspiration plus prolongée; le pouls, filiforme, ne pouvait plus se compter; la peau, humide, semblait, au toucher, comme enduite d'une couche épaisse d'huile. — Mort dans la soirée.

Ouverture du cadavre, faite 17 heures après la mort.

Les méninges de la convexité des hémisphères étaient vivement injectées, chaque ventricule latéral contenait trois à quatre cuillerées à café de sérosité limpide; il y en avait aussi un peu à la base du crâne et dans le canal

rachidien : la substance blanche de la partie supérieure des hémisphères était piquetée d'un grand nombre de petits points rouges.

Les poumons étaient parfaitement sains, à peine engoués ; le cœur contenait une petite quantité de sang noir liquide.

L'estomac était de volume ordinaire, la muqueuse de sa portion splénique parsemée d'une foule de petits points rougeâtres ; le duodénum était pâle, l'intestin grêle, dans ses deux tiers supérieurs, présentait une teinte légèrement rosée ; le tiers inférieur était d'un rouge livide, et fortement contracté. Le gros intestin, dans toute son étendue, était d'une blancheur parfaite. La rate était remarquable par son volume et l'extrême mollesse de son tissu.

La forte constitution de l'individu qui fait le sujet de l'observation précédente, ses muscles prononcés, son embonpoint considérable, le distinguaient de plusieurs autres malades d'une constitution faible ou épuisée par des causes débilitantes. Comme ceux-ci, cependant, il présentait les symptômes d'une forte prostration lorsqu'il entra à l'hôpital ; mais ces symptômes disparurent bientôt, et les signes d'une forte excitation du système nerveux apparurent ; enfin, vingt-quatre heures avant la mort, la prostration devint de nouveau le phénomène prédominant. Nous noterons, comme une variété du délire, très fréquente dans les fièvres graves, cet air méditatif, distrait, comme profondément occupé, que nous offrit le malade.

Nous rangerons encore au nombre des phénomènes nerveux la paralysie de la vessie, tant que la prostration fut prédominante, puis la cessation de la sécrétion même de l'urine, lorsque des symptômes d'excitation cérébrale remplacèrent l'état adynamique.

Quant aux phénomènes offerts par la vie organique, nous remarquerons, tant qu'il n'y eut que prostration, la teinte pâle et livide de la face, et, plus tard, sa vive injection; le pouls, qui resta constamment très faible, mais qui devint de plus en plus fréquent; la température de la peau, qui ne fut jamais que médiocrement élevée; la langue, qui fut sèche et brune pendant les deux périodes d'adynamie, et qui se nettoya et redevint humide pendant la période d'excitation.

Pour expliquer ces divers symptômes, nous trouvâmes les méninges injectées, la muqueuse d'une portion de l'estomac piquetée, celle du tiers inférieur de l'intestin grêle d'un rouge livide. Il est vraisemblable que les symptômes d'excitation apparurent lorsque les méninges s'irritèrent. Mais pourquoi disparurent-ils plus de trente heures avant la mort? Ce retour de la prostration ne semblait-il pas annoncer un épanchement séro-purulent?

La constipation fut constante; le gros intestin était sain.

Les sueurs qui eurent lieu dans les derniers temps, ne coïncidant qu'avec une exaspération des symptômes, durent être considérées comme du plus mauvais présage.

L'éruption pétéchiale se flétrit à mesure que la maladie marcha vers une terminaison funeste.

Le traitement varia avec les symptômes. A l'époque de l'entrée du malade, plusieurs symptômes, et surtout

la teinte de la face, le refroidissement général de la peau, l'absence presque complète du pouls, justifiaient suffisamment l'emploi des vésicatoires et des frictions stimulantes. Aucun tonique, proprement dit, ne fut donné à l'intérieur; le camphre fut seulement administré en lavement. Une amélioration certaine, quoique légère, suivit dès le lendemain cette médication; un second lavement camphré, donné alors, ne fut pas rendu. Y aurait-il quelque rapport entre l'absorption de la totalité du camphre et l'apparition des symptômes de l'arachnitis?

L'application simultanée de la glace sur la tête et des sinapismes aux pieds était parfaitement indiquée, ainsi que le prouva l'état du cerveau et de ses membranes; cette application fut malheureusement infructueuse.

LXXXII[e] OBSERVATION.

Un charpentier, âgé de trente-six ans, d'une très forte constitution, fut apporté à la Charité le 24 juin 1820, dans un état de délire qui ne permit point de savoir de lui l'invasion et la marche de sa maladie. On apprit de ceux qui l'amenèrent qu'il était malade depuis neuf jours.

État du 25 : décubitus sur le dos, pommettes rouges, yeux à demi fermés, bouche béante, lèvres noires et sèches, langue noire, sèche, fendillée; douleur à l'épigastre et à la région cœcale par la pression, constipation; pouls faible et très fréquent, peau sèche et brûlante, éruption sur l'abdomen, principalement à l'épigastre, de boutons à base rouge, dont le sommet était surmonté d'une large

vésicule encore transparente dans les uns, opaque et contenant un véritable pus dans les autres. Le malade se plaignait beaucoup; il comprenait avec beaucoup de peine les questions qui lui étaient adressées; il semblait avoir complétement perdu le souvenir des choses passées. (*Quinze sangsues à l'anus, un vésicatoire à une cuisse, décoction d'orge, limonade minérale.*)

Dans la journée, il délira complétement. — Dans la matinée du 26, langue plus humide, une selle; même état du reste. (*Quatre sangsues de chaque côté du cou.*)

Le 27, sueurs de la face et des extrémités supérieures; pas de changement d'ailleurs. (*Tisane d'orge, limonade minérale, décoction de polygala, une tasse de vin.*)

Le 28, tuméfaction très douloureuse de la parotide droite; langue noire, point de selle, ventre souple, paraissant insensible à la pression; les boutons de l'épigastre étaient tous blancs, varioliformes; le pouls était petit et fréquent; le malade était plongé dans un délire tranquille et continu. (*Même prescription.*)

Le 29, nous trouvâmes la face, le cou et les membres thorachiques couverts de sueur comme le 27.

Le 30, le délire persistait, la prostration augmentait; le pouls, très fréquent, était d'une petitesse extrême, la peau brûlante; la langue restait sèche et brune; le ventre était souple, la constipation opiniâtre, la parotide se développait de plus en plus. (*Un lavement de quinquina fut ajouté à la prescription des jours précédents.*) — A quatre heures du soir, l'œil était éteint, à moitié fermé; soubresauts de tendons très multipliés, carphologie, marmotement continuel.

Dans la matinée du 1er juillet, la face avait une ex-

pression plus naturelle; l'œil, moins terne, s'ouvrait de temps en temps; le malade poussait, par intervalles, de profonds gémissements; il faisait effort pour répondre aux questions, mais ne pouvait rien articuler; il montrait assez facilement sa langue lorsqu'on la lui demandait; elle était sèche, noire, fendillée. Point de selle. Parotide plus grosse et plus dure. (*Même prescription.*) — A deux heures après midi, face cadavéreuse, dilatation passive des buccinateurs à chaque expiration, marmotement continuel, pouls très faible, et trop fréquent pour pouvoir être compté.

Le 2 juillet, cet état d'agonie persistait. (*Infusion aqueuse de quinquina, orge, limonade minérale, deux sinapismes.*)

Nous crûmes que le malade succomberait dans la journée; cependant quel fut notre étonnement lorsque, dans la matinée du 3, nous trouvâmes une amélioration sensible ! la face, en particulier, avait un bien meilleur aspect; le malade comprenait les questions, mais n'y répondait point; il tirait lentement et avec peine sa langue : elle était humide, visqueuse, moins noire. Les dents étaient nettoyées, la peau était sans chaleur, le pouls faible; même état de la parotide; dessication d'une grande partie des boutons de l'épigastre. (*Même prescription.*)

A quatre heures du soir, la face avait repris de nouveau un aspect cadavéreux; le malade ne paraissait plus entendre les questions comme le matin; la paupière s'abaissait à moitié sur l'œil presque éteint; les buccinateurs se dilataient comme la veille.

Dans la matinée du 3 juillet, une nouvelle amélioration

avait eu lieu; le malade entendait, et pour la première fois il parvint à articuler quelques mots de suite; la langue était humide et nette, le ventre plat et indolent; une selle avait eu lieu depuis quarante-huit heures. La parotide était très volumineuse, une grande quantité de pus s'écoulait par l'oreille. (*Même prescription.*)

A quatre heures après midi, le mieux du matin avait disparu, un état tout-à-fait semblable à celui de la veille à pareille heure l'avait remplacé.

Le malade succomba le 4 à sept heures du matin.

Ouverture du cadavre, faite 25 heures après la mort.

Demi-marasme; muscles noirâtres, poisseux; parotide faisant un relief sensible sur la partie latérale de la tête et du cou. Une grande quantité de liquide sanieux et grisâtre séparait les granulations de la glande. Immédiatement au-dessous du pavillon de l'oreille se trouvait un petit foyer purulent; on fit aisément pénétrer par ce petit foyer une sonde jusque dans le conduit auditif externe.

Crâne. Le cerveau non plus que ses membranes n'offrit rien de notable; un peu de sérosité existait dans les ventricules; les veines qui se rendent dans le sinus longitudinal supérieur contenaient des bulles d'air en assez grande quantité, résultat probable de la décomposition.

Thorax. Le tissu lamineux du médiastin antérieur était gonflé par des gaz qui lui donnaient une grande ressemblance avec la surface externe du poumon des reptiles; le péricarde contenait une quantité notable de sérosité citrine; le cœur était un peu flasque, vide de sang, les poumons étaient parfaitement sains; celui du côté droit adhérait

aux côtes par des brides celluleuses anciennes : les bronches de ce côté étaient rouges.

Abdomen. L'estomac était un peu resserré sur lui-même dans sa portion pylorique ; les intestins grêles avaient leur volume naturel ; le gros intestin offrait des resserrements dans divers points de son étendue ; la surface interne de l'estomac était parfaitement blanche dans toute sa portion splénique ; mais la portion pylorique était fortement injectée. La surface interne du duodénum, ainsi que celle des cinq sixièmes supérieurs environ de l'intestin grêle, était tapissée par du mucus mêlé à de la bile jaune. Toute cette portion de l'intestin était d'ailleurs très saine, blanche et transparente ; en quelques points seulement existait une faible injection du réseau capillaire sous-muqueux. Dans le sixième inférieur de l'intestin grêle, la membrane muqueuse présentait cinq à six larges ulcérations à bords irrégulièrement découpés, et dont le fond rougeâtre était formé par la tunique musculeuse mise à nu. Entre elles, la membrane muqueuse n'était que médiocrement injectée ; les ganglions mésentériques correspondants étaient d'un rouge brunâtre et tuméfiés. Le gros intestin, rempli de matières consistantes et jaunâtres, était parfaitement blanc.

La rate avait son volume ordinaire ; tous les autres viscères étaient sains.

La marche de cette maladie est digne de fixer notre attention. Aucun changement n'eut d'abord lieu soit en bien, soit en mal, dans les premiers jours ; et, vu les symptômes très graves qui existaient, c'était déjà beaucoup que l'état du malade restât stationnaire ; mais en-

suite il s'établit chaque soir une sorte de redoublement, pendant la durée duquel on observait une véritable agonie. N'était-ce pas une sorte de fièvre rémittente pernicieuse, et le quinquina, donné *plenis manibus*, comme disait Piquer, avant le retour du redoublement, ne l'aurait-il pas prévenu? Nous en avons vu un exemple chez le malade qui fait le sujet de la soixante-dix-septième observation. C'est après le quatrième redoublement que le malade succomba; mais il est digne de remarque que la mort ne survint que le matin, époque à laquelle les symptômes immédiatement mortels de l'après-midi avaient l'habitude de cesser.

C'est surtout dans la matinée du 3 juillet qu'une dose de quinquina aurait pu être administrée dans le but que nous venons d'indiquer; car alors la langue présentait à peu près son aspect physiologique, et il y avait très peu de fièvre.

La parotide, dont nous pûmes suivre le développement, ne fit qu'aggraver l'état du malade.

Des sueurs partielles se manifestèrent sans avantage le douzième et le quatorzième jour.

Une éruption semblable à celle qui couvrit l'épigastre n'est pas un phénomène commun dans les fièvres; elle parut n'exercer aucune influence sur la marche de la maladie.

Le délire ne put être expliqué par aucune lésion du cerveau et de ses membranes.

L'estomac lui-même ne présentait qu'un médiocre degré de phlegmasie tel qu'on l'observe chez beaucoup d'individus qui n'ont eu aucun symptôme ataxique ou adynamique, et dont la langue surtout n'a jamais été ni sèche ni noire.

La lésion de l'intestin grêle paraîtra-t-elle suffisante pour expliquer tous les symptômes? Les faits nous serviront plus tard à résoudre cette question.

Observons encore que chez ce malade, comme chez le précédent, une constipation opiniâtre coïncidait avec l'état sain du gros intestin.

LXXXIII[e] OBSERVATION[1].

Une femme âgée de 23 ans, arrivée à Paris depuis huit mois, domestique, fut prise, sans cause connue, vers le 15 février 1822, de malaise, de fatigue; son appétit diminua, ses règles manquèrent; cependant elle continua à se livrer à ses pénibles occupations jusqu'au 2 mars. A cette époque apparurent de la toux et une douleur au côté droit. On la saigna au bras, et le lendemain de la saignée, quinze sangsues furent appliquées sur l'endroit douloureux. L'état de la malade ne s'améliora pas. Elle entra à la Charité le 9 mars, et présenta, le lendemain à la visite, l'état suivant.

Décubitus sur le dos, face pâle, un peu d'abattement, langue blanche, anorexie, abdomen légèrement tuméfié, mou, douloureux à la pression dans le flanc droit; deux ou trois selles, toux sans expectoration, douleurs vagues dans la poitrine; par la percussion on reconnaît un son mat latéralement, à droite et à gauche au-dessous de la mamelle; à droite, la respiration ne s'entend pas; à

[1] Recueillie par M. Descieux. — Nous saisissons avec plaisir cette occasion pour témoigner notre reconnaissance à ce jeune médecin, qui, dans le cours de nos recherches, n'a cessé de nous aider de son zèle et de ses lumières.

gauche, elle est râlante; pouls fréquent, serré, peau chaude et sèche. (*Tisane d'orge et de violette édulcorées, potion gommeuse, saignée de trois palettes, deux vésicatoires aux jambes dans l'après-midi, diète.*)

Le sang avait une couleur moins foncée que de coutume; il donnait au linge une teinte d'un rouge très clair, comme si sa matière colorante eût été étendue d'une grande quantité d'eau. Presque entièrement formé de sérosité, il n'offrait qu'un caillot mince, de la largeur d'une pièce de cinq francs, et sans couenne.

Le 11, délire pendant la nuit, pouls plus faible, respiration peu fréquente; les autres symptômes n'ont subi aucun changement. Il nous parut vraisemblable que le son mat reconnu à droite dépendait du foie. (*Douze sangsues au côté gauche, deux sinapismes.*)

Le 12, prostration plus marquée, air de stupeur: langue blanche, mais lisse et tendant à se sécher; soif vive; ventre indolent, météorisé; diarrhée plus abondante que les jours précédents, toux avec une légère expectoration catarrhale, respiration accélérée, pouls fréquent et faible, peau constamment chaude et sèche. (*Violette gommée, looch avec deux grains de kermès, poudre de Dower, embrocations sur le ventre avec l'huile de camomille, fomentation avec l'infusion de camomille; six sangsues derrière chaque oreille, deux vésicatoires aux cuisses.*)

Le 13, vomissement après avoir pris une dose de poudre de Dower; délire tranquille la nuit; langue sèche et blanche, augmentation du météorisme; mouvement continuel et involontaire du pouce de la main gauche. Même état du reste; (*Fomentations et embrocations*

comme les jours précédents; lavement de camomille avec cinq gouttes d'huile essentielle d'anis et douze grains de camphre, douze sangsues sur le côté gauche de la poitrine, quatre sur chaque jugulaire.)

Le 14, prostration de plus en plus grande, langue blanche, et en même temps sèche et encroûtée, persistance du météorisme et de la diarrhée, toux plus rare, profonds soupirs de temps en temps; pouls très fréquent, faible et tremblant. (*Infus. aqueuse de quinquina acidulée avec l'acide sulfurique, édulcorée avec le sirop d'œillet, limonade minérale, une tasse de vin.*)

Le 15, nuit assez calme, sans délire, respiration plus haute et bruyante, pouls plus résistant, escarre commençante au sacrum, de la largeur de la paume de la main. (*Large vésicatoire sur le côté gauche de la poitrine qui reste mat.*)

Le 16, même état. (*Frictions avec l'alcool camphré.*)

Le 17 et 18, la langue, les lèvres et les dents sont noires et encroûtées, ventre très ballonné, diarrhée modérée, pouls très fréquent et très faible; l'on ajoute à la prescription des jours précédents une potion faite avec six onces de quinquina, et une once de sirop de quinquina.

Le 19, la malade ne reconnaît pas les personnes qui l'entourent; délire tranquille, face très pâle, langue recouverte de croûtes noires, pâle au-dessous de celles-ci et dans leurs intervalles; le météorisme a fait des progrès; quatre ou cinq selles involontaires depuis vingt-quatre heures. (*Même prescription.*)

Le 20, yeux ternes, presque éteints, sueur de la face, respiration bruyante, pouls à peine sensible. Morte à onze heures du matin.

Ouverture du cadavre, faite 20 heures après la mort.

Embonpoint ordinaire, muscles poisseux.

Crâne. Les méninges et la substance cérébrale ne sont nullement injectées; le cerveau a sa consistance ordinaire; un peu de sérosité limpide existe à la base du crâne et dans le canal rachidien.

Thorax. Son diamètre vertical est très rétréci à droite par le foie qui remonte jusqu'à la quatrième côte. Le poumon de ce côté n'offre qu'un léger engouement à sa partie postérieure. Le lobe inférieur du poumon gauche, au contraire, est compacte, dur, imperméable à l'air, hépatisé en rouge. Dans la scissure interlobaire du poumon de ce côté, on trouve une fausse membrane récente d'une ligne d'épaisseur. Le cœur décoloré et flasque a un volume proportionné à la taille du sujet; ses cavités droites contiennent un caillot dépouillé de matière colorante.

Abdomen. L'estomac est médiocrement distendu par des gaz et des liquides. Sa surface interne présente deux couleurs distinctes; la portion splénique est rosée. Cette couleur réside dans la muqueuse un peu boursouflée; le reste de l'estomac est blanc.

La surface interne des petits et des gros intestins est d'une blancheur remarquable. Dans le quart inférieur de l'intestin grêle existent quelques ulcérations arrondies, du diamètre d'une lentille, dont les bords blancs, coupés à pic, sont formés par la muqueuse légèrement boursouflée, et dont le fond, également très blanc, présente à nu les fibres de la couche musculaire. Dans l'étendue d'un demi-pied, au-dessus de la valvule, ces ulcérations deviennent confluentes, plus larges et plus irrégulières. Le fond et les bords offrent du reste la même

disposition. Le fond de quelques-unes est recouvert en partie par une couche molle, d'un gris jaunâtre, fortement adhérente (escarre de la membrane muqueuse). Entre ces ulcérations, l'on aperçoit deux ou trois élevures, du volume d'une lentille, et blanches comme le reste de la membrane muqueuse aux dépens de laquelle elles sont formées. Les ganglions mésentériques, qui correspondent aux ulcérations sont rouges et tuméfiés; la rate est molle et volumineuse.

Séjour à Paris depuis peu de temps, fatigues excessives et veilles prolongées, état de langueur et de malaise général précédant l'invasion de la maladie, et en formant comme le prodrome, bientôt symptômes d'une phlegmasie pulmonaire qui semble céder à deux émissions sanguines, l'une locale, l'autre générale; lors de l'entrée à l'hôpital, et les jours suivants, air de stupeur remarquable, engourdissement physique et moral, délire par intervalles, accroissement rapide de la prostration, sécheresse et en même temps pâleur de la langue, selles involontaires, fréquence et petitesse extrême du pouls, délire permanent et carphologie dans les derniers temps, tels furent les principaux phénomènes observés chez cette malade. Dans le principe, traitement antiphlogistique; plus tard, traitement éminemment tonique et même stimulant. Nous ne croyons pas que ce mode de traitement fût contre-indiqué par l'état de l'intestin. Rien de plus remarquable, sans doute, que la nature des ulcérations de l'intestin grêle. La plupart avaient vraisemblablement succédé à la destruction des élevures, telles que celles

qui existaient en petit nombre dans les intervalles des ulcérations. C'est la première observation dans laquelle il est question d'un exanthème intestinal. Nous aurons occasion d'y revenir.

Il existait en même temps une forte inflammation d'une grande partie du poumon gauche. Combien furent peu tranchés les symptômes qui l'annoncèrent pendant la vie! L'expectoration fut toujours celle du simple catarrhe, la respiration ne parut véritablement gênée que pendant les dernières quarante-huit heures. La douleur aiguë que le malade ressentit dans les premiers temps au côté droit du thorax, la matité de la poitrine dans une grande étendue de ce côté, due au foie très developpé, auraient pu induire en erreur sur le siége de la phlegmasie pulmonaire.

Le cerveau n'offrit aucune lésion appréciable, bien que la malade eût eu beaucoup de délire. Les fonctions des organes peuvent donc être lésées sans que ces organes eux-mêmes présentent dans leur texture aucune altération sensible. Les excellents effets qui résultent souvent de l'application réitérée des sangsues au cou ou derrière les oreilles dans le délire des fièvres graves, prouvent cependant que le délire dépend souvent d'un afflux trop considérable de sang vers le cerveau. Mais il nous paraît bien difficile d'annoncer d'une manière précise dans quel état on trouvera cet organe chez les individus qui ont eu du délire, et d'autres symptômes nerveux, tels que les soubresauts de tendons, la carphologie. En effet, parmi plusieurs individus qui ont présenté ces symptômes, on trouve chez les uns (et ce n'est pas le plus petit nombre) le cerveau et ses enveloppes dans un état

d'intégrité parfaite; chez d'autres, la substance cérébrale paraît généralement plus consistante; chez un troisième, elle est injectée, piquetée d'une infinité de points rouges qui sont les orifices d'autant de petits vaisseaux; chez un quatrième, des concrétions albumineuses existent dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la surface supérieure du cerveau ou de sa base; chez un cinquième, les ventricules sont remplis par une quantité plus ou moins considérable de sérosité trouble ou limpide. D'une autre part, combien de fois n'avons-nous pas vu les ventricules pleins d'une quantité au moins égale de sérosité chez des individus qui avaient succombé sans présenter jamais le moindre trouble dans leurs facultés intellectuelles, sensoriales et locomotrices! Nous reviendrons sur ce sujet dans notre résumé général.

L'état de la langue doit fixer notre attention. Elle fut constamment pâle; elle ne rougit pas, lorsqu'elle se sécha. Plus tard, lorsque des croûtes noires épaisses la recouvraient, elle présentait encore une grande pâleur dans les intervalles que ces croûtes laissaient entre elles. Quelques observations nous portent à penser que cet état particulier de la langue répond le plus ordinairement à un état sain de l'estomac; tandis que, si la langue est en même temps *rouge et sèche*, il est plus rare de ne pas trouver aussi la muqueuse gastrique plus ou moins rouge.

La nature du sang tiré de la veine n'est pas moins importante à remarquer. Nous avons vu qu'il était presque entièrement formé d'une sérosité très claire. Quelle immense différence entre ce sang tout séreux, et celui qui forme dans le vase où il est reçu un vaste caillot plus

ou moins dense, et recouvert d'une couenne plus ou moins épaisse! Cependant il y avait ici une inflammation étendue du poumon. Lorsque les anciens disaient que dans les fièvres putrides le sang était en dissolution (1), ils exprimaient un fait dont nous voyons dans ce cas particulier l'entière confirmation. Nous avons déjà noté des cas analogues, et nous en trouverons d'autres dans les observations suivantes. Ces différents états du sang ne méritent-ils pas une attention aussi grande de la part du médecin que les diverses lésions des solides? Étudiés avec soin et sans préjugé, ne peuvent-ils pas nous donner des notions précieuses, soit sur la nature même des maladies, soit sur le traitement qui leur convient? A Dieu ne plaise que nous voulions ressusciter les idées bizarres des médecins humoristes, toutes en rapport avec les théories physiologiques du temps! Mais leurs hypothèses n'étaient-elles pas aussi fondées sur quelques observations? Que celles-ci, du moins, ne soient pas perdues pour nous! Lorsqu'ils voyaient le sang si différent de lui-même dans les diverses maladies, ou bien dans une même maladie chez des individus placés, par leur tempérament, leur âge, leur manière de vivre, dans des circonstances dissemblables, avaient-ils toujours tort d'en conclure que les maladies avaient leur siége primitif dans l'altération des humeurs?

---

1 In febribus petechialibus, sanguis valde fluidus, serosus ac solutus est. Hofmann, *Medic. cat.*, pars IV, sect. 1, cap. 10.

In acutis et continuis febribus, sanguis fluidissimus comparet, plane non in coagulum concrescens. *Ibid.*, cap. 10.

Grant a aussi observé un pareil état du sang chez des individus atteints de fièvre pétéchiale. *Recherches sur les fièvres*, tome 2.

LXXXIVe OBSERVATION.

Un doreur sur métaux, âgé de dix-sept ans, d'une constitution faible et lymphatique, habitant Paris depuis quelques années, se livra, pendant plusieurs jours consécutifs, à des travaux excessifs, qui se prolongeaient une grande partie de la nuit. Le 26 décembre 1821, il éprouva des frissons dans la soirée; son sommeil fut pénible et agité. Le lendemain, et les trois jours suivants, il se livra à son travail ordinaire; mais de temps en temps une fatigue insolite le forçait à se reposer. Alors, il était pris de frisson, suivi de chaleur et d'agitation. Le 3 janvier, il s'alita. A cette époque, chaleur incommode de tout le corps, soif, perte complète d'appétit, sentiment de faiblesse, frisson le soir, insomnie, constipation. Cet état fut le même pendant six jours. Se trouvant plus malade, le 10 janvier, il fit appeler un médecin, qui prescrivit vingt sangsues à l'anus, un lavement émollient et l'eau de gomme. Ces moyens le soulagèrent peu. Le 12, il entra à l'hôpital.

État du 13 : sentiment de faiblesse, pas de céphalalgie, face pâle ; langue humide, blanche au centre, rouge sur les bords et à la pointe; soif, anorexie ; ventre souple et indolent, constipation; pouls de fréquence médiocre, un peu roide; peau chaude et sèche. Dans cet état de choses, aucune indication précise ne se présentait à remplir. (*Tisane d'orge, lavement de guimauve, un bouillon.*)

Le 14 et le 15, le malade se trouva mieux. Il était moins abattu; la peau s'humecta, le pouls devint souple,

une selle eut lieu en vingt-quatre heures. (*Même prescription.*)

Le 16, la face était animée, la fièvre plus forte. Le malade toussait sans cracher; sa respiration était un peu accélérée. La poitrine percutée rendit un son un peu mat à la partie postérieure inférieure du côté gauche du thorax; là aussi s'entendait du râle crépitant. Ces symptômes évidents de pneumonie furent combattus par l'application de quinze sangsues sur le côté gauche. (*Boissons adoucissantes.*)

Le 17, le son était plus mat à gauche; le râle crépitant était moins prononcé, et sans mélange du bruit naturel de la respiration. Les crachats étaient transparents, visqueux, un peu rouillés; les inspirations étaient courtes et rapprochées. La pneumonie paraissait marcher vers l'hépatisation. D'un autre côté, l'abattement était plus grand, la face était pâle, prostrée, le pouls plus fréquent et plus faible, la peau sèche et sans chaleur, le ventre ballonné, toujours indolent; la langue conservait son humidité; une seule évacuation alvine avait eu lieu à la suite de l'administration d'un lavement émollient. Cette débilité générale, cette absence de réaction semblaient contre-indiquer l'emploi des émissions sanguines; un large vésicatoire fut appliqué sur le côté gauche du thorax. L'action de la peau fut sollicitée par dix grains de poudre de Dower. (*Tisane de violette, lavement de camomille.*)

Le 18, tout avait empiré. L'absence complète de respiration du côté gauche, et en même temps la disparition du râle crépitant annonçaient l'hépatisation du lobe inférieur du poumon; l'expectoration était supprimée; la

gêne de la respiration avait augmenté ; un dévoiement modéré avait remplacé la constipation des jours précédents (cinq selles séreuses). La teinte plombée de la face annonçait les progrès de la prostration. (*Sinapismes aux pieds.*

Rien de nouveau le 19 ; application d'un vésicatoire à une cuisse.

Le 20, la respiration était plus libre, l'expectoration était rétablie ; mais la langue fut trouvée sèche pour la première fois ; le météorisme était considérable ; la diarrhée continuait. Ainsi, l'amélioration qui avait lieu du côté de la poitrine ne semblait s'être opérée qu'aux dépens des organes du ventre.

Les 21 et 22, délire de temps en temps ; même état du reste. (*Tisanes émollientes.*)

Le 23, une amélioration sensible existait ; rien ne semblait l'annoncer la veille ; aucun phénomène critique n'en rendit compte ; la peau en particulier avait conservé sa sécheresse. L'intelligence était nette ; la langue s'était humectée ; le météorisme avait diminué, ainsi que le dévoiement. Du côté de la poitrine, l'amendement n'était pas moins marqué ; la respiration était libre, la toux rare, l'expectoration catarrhale. Cependant le son mat et l'absence de la respiration persistaient. Ainsi la pneumonie était loin d'être résolue ; mais elle passait à l'état chronique. Le pouls restait fréquent et faible. Soutenir les forces sans produire l'irritation d'aucun organe, telle paraissait être l'indication à remplir. Des frictions aromatiques furent faites sur les membres plusieurs fois le jour. Le vésicatoire de la cuisse fut séché ; celui de la poitrine entretenu. A l'intérieur, la tisane d'orge gom-

mée, l'eau de riz, et quelques bouillons, furent donnés. Du 24 au 28, l'état du malade devint de plus en plus satisfaisant. Le 27, il n'y avait plus d'autre symptôme du côté des voies digestives qu'une très légère diarrhée. (Deux selles liquides en vingt-quatre heures.) Les forces étaient relevées; la face avait un aspect excellent; la matité du son, l'absence de la respiration, étaient les seuls signes qui indiquassent que la pneumonie n'était point résolue; d'elle seule paraissait dépendre la persistance d'une légère fréquence dans le pouls, sans chaleur à la peau; mais tout semblait promettre que le temps, aidé des soins convenables, opérerait peu à peu la résolution de cette phlegmasie latente.

Quel ne fut pas notre étonnement, lorsque, dans la matinée du 28, nous trouvâmes le malade dans un état plus grave qu'il n'avait jamais été! Face cadavéreuse, gémissements continuels, demi-coma; pas de réponse aux questions; pouls très fréquent, filiforme. Des évacuations alvines nombreuses avaient eu lieu pendant la nuit. Nous ne pûmes attribuer à aucune cause cette rechute, qui fut aussi subite et aussi imprévue que l'avait été l'amélioration du 23.

Le malade succomba peu d'heures après la visite, le trente-unième jour de l'invasion de la fièvre continue, et le douzième jour de la pneumonie.

Ouverture du cadavre, faite 32 heures après la mort.

Absence complète de graisse sous la peau et autour des organes où elle est ordinairement accumulée.

Crâne. Cerveau sensiblement plus consistant que de

coutume; ventricules contenant environ une cuillerée à bouche de sérosité limpide.

Thorax. Le lobe inférieur du poumon gauche dans les trois quarts environ de son étendue, la base du poumon droit dans une couche de deux travers de doigt d'épaisseur, présentaient à la section un tissu rouge uniforme, d'où s'écoulait un liquide sanieux. Ce tissu, facilement déchirable, ne crépitait pas et ne surnageait point à l'eau. Les poumons dans le reste de leur étendue étaient très sains.

Abdomen. Des gaz distendaient l'estomac. Sa surface interne était blanche, excepté en quelques points isolés où existait de la rougeur sous forme de lignes ou de petites plaques. Ces diverses parties rouges, réunies, égalaient au plus le diamètre d'une pièce de 40 sous. Leur couleur résidait dans la membrane muqueuse qui là était un peu ramollie.

Les trois quarts supérieurs de l'intestin grêle, remplis d'un liquide jaune et visqueux, étaient d'une blancheur remarquable. Au commencement du quart inférieur, on apercevait des plaques noires ayant leur siége dans la membrane muqueuse épaissie et ramollie. Au centre de quelques unes, on voyait une légère solution de continuité de la muqueuse. Dans d'autres, cette solution de continuité était plus profonde, plus étendue; son fond était formé par le tissu lamineux qui avait conservé sa blancheur. A mesure que l'on approchait de la fin de l'intestin grêle, ces plaques et ces ulcérations devenaient plus confluentes. Immédiatement au-dessus de la valvule iléo-cœcale et dans le cœcum existait un autre genre d'ulcérations; leurs bords étaient rouges et boursouflés;

la tunique charnue en constituait le fond. Dans l'intervalle de ces diverses lésions, la membrane muqueuse était blanche. Des gaz distendaient les trois portions du colon, dont la surface interne était blanche. L'*s* iliaque était contractée. La membrane muqueuse présentait des plis rouges. Les ganglions mésentériques, qui correspondaient au tiers inférieur de l'intestin grêle, étaient rouges et tuméfiés.

Chez ce malade, le canal intestinal était sensiblement plus lésé que chez la femme qui fait le sujet de l'observation précédente. Les ulcérations étaient plus multipliées ; celles qui occupaient le cœcum s'étaient assez étendues en profondeur pour présenter à nu la tunique musculaire; leurs bords étaient rouges, enflammés. Les plaques brunes, au centre desquelles ces ulcérations paraissaient prendre naissance, étaient le résultat évident d'une foule de phlegmasies circonscrites de la muqueuse. Chez ces deux malades, l'estomac présentait un état à peu près semblable. Enfin, chez tous deux existait une inflammation pulmonaire, à peu près égale aussi en étendue et en intensité. Cependant quelle différence entre les symptômes offerts par ces deux individus ! Chez la femme, l'état adynamique fut porté dès le principe au plus haut degré ; chez l'homme, il fut toujours très léger ; le délire ne fut que passager, et jamais complet, bien que la quantité de sérosité épanchée dans les ventricules cérébraux fût plus considérable chez lui.

Les symptômes de la pneumonie furent ici infiniment plus prononcés que chez le sujet de l'observation précé-

dente. Cette phlegmasie fut combattue par des émissions sanguines et par l'application d'un vésicatoire sur le côté. On chercha vainement à exciter l'action de la peau par la poudre de Dower, qui, dans ce cas particulier, n'eut aucun effet diaphorétique.

Mais ce qui doit surtout fixer notre attention, c'est la persistance des ulcérations intestinales après la cessation de tous les symptômes ataxiques et adynamiques. Sous le rapport des symptômes locaux, l'existence de ces ulcérations n'était plus annoncée que par une très légère diarrhée.

C'est au moment où le malade semblait toucher à la convalescence que, sans cause connue, la prostration devint tout à coup extrême. On peut expliquer la diarrhée abondante, qui se rétablit alors, par une récrudescence d'inflammation des ulcérations du cœcum, dont nous trouvâmes effectivement les bords rouges et boursouflés. La mort rapide et inattendue de cet individu fournit un exemple frappant de l'incertitude du pronostic. Elle ne fut point le résultat du retour brusque de la pneumonie à l'état aigu; car la respiration ne nous parut pas plus gênée que les jours précédents. Il n'y avait d'autre changement notable qu'un affaissement extrême, et une altération profonde des traits de la face. La sérosité que l'on trouva dans les ventricules cérébraux ne saurait non plus expliquer ni la mort, ni les symptômes qui la précédèrent. Sachons nous arrêter là où nous ne pourrions plus faire que des conjectures plus ou moins vraisemblables. Quelque belles, quelque ingénieuses que soient les expériences de Bichat sur le mécanisme de la mort, si je puis ainsi parler, nous devons avouer que dans

beaucoup de cas nous ne savons en aucune manière comment s'éteint la vie.

LXXXVe OBSERVATION.

Un tailleur, âgé de dix-huit ans, cheveux châtains, peau blanche, muscles grêles, habitant Paris depuis huit mois, se nourrissant bien, menant une vie régulière, et jouissant habituellement d'une bonne santé, ressentit d'abord pendant huit jours, sans cause connue, une violente céphalalgie qui occupait surtout la partie supérieure de la tête; en même temps son appétit se perdit, ses forces diminuèrent. Le 11 août, il fut pris entre huit et neuf heures du matin d'un grand frisson auquel succédèrent de la chaleur et de la sueur; celle-ci fut terminée à midi. Le reste de la journée, il se sentit comme les jours précédents; il dormit bien. Cependant le 12, en se réveillant, il se trouva si mal à son aise qu'il ne se leva pas; à quatre heures du soir il eut du frisson; la nuit, il sua abondamment. Nous le vîmes dans la matinée du 13. Il n'avait plus mal à la tête; la face était remarquable par sa pâleur; la langue était blanche à son centre, piquetée, d'une rougeur uniforme à sa pointe; la soif était vive, la pression faisait naître un peu de douleur à l'épigastre. Une selle liquide avait eu lieu depuis vingt-quatre heures. Le pouls était fréquent, la peau en sueur. D'après le récit du malade, d'après son état, on pouvait le croire atteint d'une fièvre rémittente double tierce; le frisson devait survenir dans une ou deux heures; mais le malade n'en eut aucun ressentiment. Il resta toute la journée

dans le même état que le matin. Il but de la tisane d'orge avec addition de sirop tartareux. La diarrhée augmenta considérablement; il alla neuf fois à la selle sans douleur jusqu'au lendemain matin. Il sua le soir, et dormit assez bien la nuit.

Dans la matinée du 14, il vomit ses tisanes. Une abondante épistaxis eut lieu. Quelques taches typhoïdes apparurent sur le thorax et l'abdomen. Le pouls était fréquent et faible; la peau moite.

Dans la soirée, il eut un fort redoublement sans frisson initial; la nuit, la sueur fut très abondante.

Le 15, deuxième épistaxis, fièvre intense, disparition presque complète des taches; profonds soupirs de temps en temps. Une seule selle depuis hier matin. Ventre indolent, langue blanchâtre. Redoublement le soir.

A la visite du 16, même état. Deux selles. Le soir, le malade délira pour la première fois. Il ne sua pas.

Dans la matinée du 17 son état s'était singulièment aggravé: ses traits étaient affaissés; l'œil semblait comme égaré, la face était plombée. Les pétéchies avaient reparu; elles couvraient le thorax et l'abdomen; la peau de ces parties avait une chaleur brûlante, supérieure à celle du reste du corps; la peau du front, des joues et du nez était froide; le pouls, petit, fuyant sous le doigt, avait une fréquence extrême. Deux selles liquides avaient eu lieu, la langue conservait son humidité.

Jusqu'à ce jour, le malade n'avait pris que de l'eau d'orge, des lavements émollients; il avait observé une diète sévère. M. Lerminier prescrivit une pinte d'infusion de quinquina, deux vésicatoires aux jambes, un lavement camphré.

Le malade délira toute la nuit; il vomit une assez grande quantité de bile jaune.

Le 18, la teinte de la face, plombée, livide, présentait un aspect de plus en plus adynamique. Les lèvres décolorées étaient aussi pâles que celles d'un cadavre. La langue s'était séchée et avait bruni à son centre. Le nombre des selles restait le même. La chaleur de la peau était répartie aussi inégalement que la veille; les joues étaient plus froides. Le pouls conservait le même caractère. Cependant le malade avait encore assez de force pour se lever seul, se placer sur le bassin, et remonter dans son lit. Il était évident que depuis la veille, l'état du malade s'était aggravé. M. Chomel, qui avait pris le service, persista dans l'emploi des toniques. Il ajouta à la prescription de la veille une potion gommeuse avec addition de deux gros d'extrait de quinquina.

Délire dans la soirée et une partie de la nuit.

Le 19, l'expression des yeux et du reste de la face était meilleure; le décubitus avait lieu sur le côté comme dans l'état de santé; les mouvements étaient libres, et annonçaient encore par leur vivacité une assez grande énergie; les facultés intellectuelles étaient nettes; mais le malade, par suite d'une aberration de sensibilité assez commune dans les fièvres graves, accusait de vives douleurs en quelque endroit du corps qu'on le touchât. La langue était sèche comme un morceau de parchemin. Les pétéchies étaient très multipliées. (*Infusion de quinquina, potion gommeuse avec deux gros d'extrait; lavement de quinquina et de camphre; deux nouveaux vésicatoires.*)

L'agitation fut beaucoup moindre la nuit que les pré-

cédentes. Mais dans la matinée du 20 nous trouvâmes pour la première fois le malade plongé dans un assoupissement dont on ne le tirait qu'avec peine ; il ne répondait qu'en balbutiant ; il avait lâché sous lui. Sa potion avait été vomie. (*Deux pintes d'eau d'orge avec un quart de vin, potion gommeuse avec addition de vin de quinquina et de sirop de quinquina, de chaque deux onces ; lavement de quinquina camphré ; fomentations sur les cuisses et sur le ventre avec le vin aromatique ; diète.*)

Le soir, on fut obligé d'attacher le malade, parceque dans son délire il arrachait ses vésicatoires.

Le 21, la langue, les dents et les lèvres étaient fortement encroûtées et noires ; le ventre était ballonné ; une ou deux selles involontaires avaient eu lieu ; les taches étaient très petites, brunes ; les yeux restaient ouverts, mais ils exprimaient l'indifférence la plus complète. Le malade avait refusé de boire sa potion. On remplaça dans la potion le vin et le sirop par trente grains de sulfate de quinine.

Le 22, le malade ne proférait plus aucune parole ; mais il répondait par signes, et de l'air le plus indifférent. Même état du reste. M. Lerminier, qui avait repris le service, supprima la potion, il fit placer un vésicatoire à la nuque.

Le 23, prostration de plus en plus grande ; dilatation extrême des pupilles ; surface des vésicatoires livide et saignante. La potion suivante fut prescrite :

Eau de menthe. . . . . quatre onces.
Extrait sec de kina. . . . . . deux gros.
Sirop d'éther. . . . . deux onces.

L'infusion de quinquina fut supprimée ; la tisane d'orge

légèrement vineuse, le lavement de quinquina camphré, et les fomentations aromatiques, furent continués.

Jusqu'à ce jour, les symptômes adynamiques avaient prédominé; mais le 24, les phénomènes nerveux devinrent à leur tour plus prononcés. La tête du malade était agitée d'un mouvement continuel de droite à gauche, et de gauche à droite; ses yeux avaient tout-à-fait l'expression de ceux d'un idiot. Interrogé, il ne répondait pas, bien qu'ayant l'air d'écouter et de comprendre. Mais en même temps, chose remarquable! la langue, les dents et les lèvres s'étaient un peu nettoyées et humectées; le pouls était fréquent et très faible; la peau peu chaude; on n'apercevait plus que quelques taches éparses. (*Même prescription.*)

Dans la journée, d'abondantes évacuations alvines eurent lieu involontairement.

Le 25, propos sans suite; agitation continuelle des bras et des jambes; yeux hagards, roulant continuellement dans l'orbite; soubresauts des tendons; langue de nouveau sèche et noire.

Le 26, le malade était à l'agonie; il succomba à neuf heures du matin.

Ouverture du cadavre.

Crâne. L'arachnoïde de la convexité des hémisphères présentait une assez vive injection. Le cerveau était fortement piqueté. Une cuillerée à café de sérosité limpide existait à peine dans chaque ventricule. Une petite granulation, de consistance osseuse, du volume d'un pois, était implantée dans la substance de l'hémisphère gauche, un peu derrière la scissure de Sylvius, et près de leur superficie.

Thorax. Rien de remarquable.

Abdomen. La surface interne de l'estomac était piquetée, dans son grand cul-de-sac, d'une foule de points rouges agglomérés, dont la couleur résidait dans la muqueuse, assez consistante d'ailleurs.

L'intestin grêle, ouvert dans toute son étendue, était blanc partout. Seulement, un peu au-dessus de la valvule iléo-cœcale, apparaissaient quatre ulcérations. Deux à bord et à fond rouge auraient pu admettre à peine un pois ordinaire. Les deux autres pouvaient recevoir une pièce de vingt sous. Du fond de l'une de ces dernières faisait saillie une petite escarre jaunâtre, que son adhérence au tissu lamineux ne permettait pas de confondre avec un amas de matières fécales.

La surface interne du colon, dans toute son étendue, était parsemée d'un assez grand nombre de petites élevures, faisant au-dessus de la muqueuse une saillie très légère, plus sensible à la vue qu'au toucher, à cause de leur couleur d'un blanc plus mat que le reste de la muqueuse. Exactement arrondies, elles avaient à peine une ligne de diamètre ; un point noir existait à leur centre. Nous sommes portés à les regarder comme des follicules développés.

Cette observation n'est pas sans intérêt sous le rapport de la variété des symptômes, et de leur rapide succession. Après quelques jours de malaise général, une fièvre rémittente double tierce semble s'établir ; mais après le deuxième accès, on n'observe plus de frisson, et la fièvre devient simplement continue avec un violent redoublement chaque soir. En même temps diarrhée abondante,

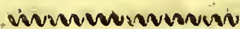
épistaxis, pétéchies ; celles-ci se flétrissent tout à coup, la diarrhée cesse, la fièvre semble un instant survivre à toute espèce de lésion locale ; du délire survient pour la première fois pendant le redoublement du soir ; celui-ci ne se termine pas par une sueur comme les jours précédents ; et soit qu'il y ait ou non quelque rapport entre ce défaut de sueur et l'exaspération de la maladie, l'on observe dès le lendemain un ensemble bien prononcé de symptômes ataxo-adynamiques. Nous noterons parmi les symptômes nerveux l'inégalité dans la distribution de la chaleur à la surface du corps. En même temps les pétéchies reparaissent. Les toniques sont alors administrés et portés rapidement à une forte dose ; chaque jour, nous n'en voyons pas moins s'accroître l'intensité des symptômes ; la langue humide jusqu'alors se sèche et noircit ; l'abdomen se météorise de plus en plus ; les pétéchies brunissent ; vers la fin, les symptômes ataxiques deviennent prédominants, alors les pétéchies disparaissent de nouveau, et le malade succombe au milieu d'une excitation marquée du système nerveux.

Que trouvons-nous à l'ouverture du cadavre pour expliquer ces graves symptômes ? L'arachnoïde injectée, le cerveau gorgé de sang, une inflammation peu intense d'une partie de l'estomac, quatre petites ulcérations dans l'intestin grêle, qui est blanc partout. La disproportion entre la gravité des symptômes et l'intensité des lésions intestinales est ici bien frappante. Il est vraisemblable que les ulcérations avaient succédé à la chute d'escarres, semblables à celle qui recouvrait encore en partie le fond d'une des ulcérations.

Quant aux phénomènes nerveux observés dans les

derniers temps, ils s'expliquent par la congestion dont le cerveau et ses membranes étaient le siége. Les sangsues, appliquées sur le trajet des jugulaires, malgré l'époque avancée de la maladie, eussent été vraisemblablement utiles.

D'après la somme assez considérable de forces que le malade possédait encore lorsque les toniques commencèrent à lui être donnés, et d'après l'exaspération qui suivit l'administration de ces médicaments, ne serait-on pas autorisé à penser qu'ils furent prescrits prématurément ?



LXXXVIe OBSERVATION.

Un horloger, âgé de vingt-un ans, venait de subir un traitement anti-vénérien lorsqu'il entra à la Charité. Il se plaignait alors de forts étourdissements; il avait de la fièvre; cet état existait depuis dix jours; les fonctions digestives paraissaient intactes. (*Vingt sangsues au cou.*) Les étourdissements diminuèrent, mais ne cessèrent pas; la fièvre persista, le dévoiement s'établit, la langue rougit et se sécha. Nous observâmes cette succession de phénomènes pendant les huit premiers jours de septembre. (*Tisanes émollientes, diète.*)

Le 8, l'ouïe commença à être dure.

9 et 10, augmentation de la surdité, persistance des étourdissements, langue rouge et sèche; cinq à six selles liquides en vingt-quatre heures; peau brûlante et sèche; pouls fréquent et faible.

Le 11, prostration, ballonnement du ventre. (*Deux*

vésicatoires aux jambes, embrocations d'huile de camomille camphrée sur le ventre, frictions aromatiques, eau d'orge, limonade minérale, deux bouillons.)

Jusqu'au lendemain 12, trois selles seulement eurent lieu; le ventre avait repris de la souplesse. Le malade, dont l'intelligence se conservait très nette, se plaignait beaucoup de ses étourdissements. (*Sinapismes autour des genoux dans la soirée; d'ailleurs même prescription.*)

Le 13, la surdité était extrême, l'expression de l'œil n'était pas en rapport avec les objets environnants, les traits de la face s'étaient affaissés; le malade déraisonnait depuis la veille; la langue avait bruni, les dents s'étaient encroûtées, le ventre conservait sa souplesse; trois évacuations alvines, dont une involontaire; pouls fréquent et faible. Les progrès toujours croissants de la prostration déterminèrent M. Lerminier à essayer un traitement tonique. (*Tisane d'orge vineuse, limonade minérale. Potion composée ainsi qu'il suit :*

Eau de valériane. . . . . six onces.
Eau de menthe. . . . . une once.
Eau de cannelle. . . . . une once.
Extrait sec de quinquina. . . . . deux gros.
Sirop d'œillet. . . . . une once.
Éther sulfurique. . . . . un gros.

Un vésicatoire à la nuque; embrocations et frictions comme les jours précédents.)

Le délire persista tout le jour. Le lendemain matin, 14, aucun changement n'avait eu lieu. (*Même prescription.*)

Le 15, des fuliginosités épaisses couvraient les lèvres,

les dents et la langue; le pouls se sentait à peine, la peau était généralement froide; une sorte de voile pulvérulent couvrait les deux cornées. Le malade succomba quelques heures après la visite.

Ouverture du cadavre.

Crâne. L'arachnoïde de la convexité des hémisphères et de la base du cerveau présentait quelques places peu étendues, où elle était assez vivement injectée. Ailleurs, elle était parfaitement transparente; une petite quantité de sérosité limpide existait, soit dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, soit dans les ventricules. La substance cérébrale, non injectée, avait sa consistance ordinaire.

Thorax. Une grande quantité de sang noir engouait les poumons; un peu de sérosité sanguinolente était épanchée dans les deux plèvres et dans la cavité du péricarde. Le cœur était sain; il contenait du sang noir, liquide, avec quelques caillots blancs. L'aorte contenait aussi un peu de sang noir, liquide; sa surface interne présentait un grand nombre de plaques rouges; elles étaient plus nombreuses et plus marquées dans l'aorte abdominale. Les diverses artères qui naissent de l'aorte étaient toutes parfaitement blanches.

Abdomen. Un mélange de gaz et de liquides distendait l'estomac. Vers le grand cul-de-sac, sa surface interne offrait une couleur rouge : ce n'était point une couleur uniforme, mais bien une arborisation due à l'injection d'une foule de petits vaisseaux, qu'on distinguait et qu'on suivait à l'œil nu. La muqueuse était encore transparente; elle avait son épaisseur et sa consistance ordinaire. Ailleurs, l'on voyait plusieurs veines remplies

de sang se ramifier dans le tissu lamineux; mais partout la muqueuse elle-même était très blanche.

L'intestin grêle, jusqu'à un pied au-dessus de la valvule iléo-cœcale, offrait, par intervalles, une forte injection. Ces parties injectées réunies avaient à peu près en longueur l'étendue d'un pied et demi. Ailleurs, la muqueuse, blanche et transparente, laissait voir au-dessous d'elle un assez grand nombre de vaisseaux ramifiés dans le tissu lamineux.

Mais dans l'étendue d'un pied au-dessus de la valvule, la membrane muqueuse acquérait une couleur rouge intense. Trois ou quatre petites élevures, également rouges, larges comme une pièce de 10 sous, faisaient saillie d'une à deux lignes au-dessus de son niveau; l'une d'elles présentait, à son centre, une légère solution de continuité. Dans les six premiers pouces environ, existaient en outre cinq à six ulcérations arrondies, à bords brunâtres et relevés; une escarre jaunâtre recouvrait leur fond. Dans les six derniers pouces, les ulcérations étaient beaucoup plus multipliées; leur forme était très irrégulière. Sur le fond de la plupart existaient encore des débris de la muqueuse gangrenée. En d'autres points, les escarres étaient encore entières.

Immédiatement au-dessous de la valvule, l'intestin reprenait sa blancheur, et la conservait jusqu'au rectum.

La muqueuse vésicale était d'un rouge intense dans toute son étendue; la substance des reins paraissait elle-même plus injectée qu'à l'ordinaire.

La rate était très volumineuse; le foie avait une teinte rosée et une densité remarquable.

Chez ce malade, la lésion de la fin de l'intestin grêle était infiniment plus considérable que chez le malade de la quatre-vingt-cinquième observation. Chez tous deux, l'estomac était à peu près également affecté; tous deux succombèrent après un temps à peu près égal de maladie. Cependant ce fut chez celui dont les lésions étaient moindres que les symptômes d'ataxie et d'adynamie se montrèrent avec le plus d'intensité.

Lorsque le malade entra à la Charité, les forts étourdissements qu'il éprouvait firent présumer que la tête était le siége d'une congestion sanguine, qui fut combattue par une application de sangsues au cou. Plus tard apparurent des symptômes du côté des voies digestives; la surdité qui s'établit fut en quelque sorte le prélude d'un état plus grave : la prostration fut bientôt portée au plus haut degré; elle persista long-temps sans être accompagnée d'aucun trouble dans l'intelligence; le délire ne survint que cinquante ou soixante heures avant la mort.

Long-temps le malade ne prit à l'intérieur que des tisanes délayantes. L'action de la peau fut excitée par des frictions et des embrocations; les vésicatoires, les sinapismes, dont on couvrit les extrémités inférieures, à une époque où la prostration était déjà considérable, n'empêchèrent pas celle-ci de faire de rapides progrès. Pendant les deux derniers jours seulement, une potion tonique fut donnée, et du vin fut ajouté à l'eau d'orge. Déjà vraisemblablement le malade était frappé à mort, lorsque ce nouveau traitement fut essayé.

Ce malade eut du dévoiement, bien que le gros intestin fût parfaitement sain.

Les ulcérations intestinales avaient très probablement succédé à des élevures de la membrane muqueuse, qui s'étaient détruites peu à peu de leur centre vers leur circonférence ; nous n'en trouvâmes plus que deux ou trois intactes; aussi le malade n'avait-il succombé que le vingt-sixième jour.

Ne perdons pas de vue la présence des escarres, des débris de muqueuse gangrenée, dans le fond de plusieurs ulcérations : nous aurons occasion d'en parler plus tard avec quelque étendue; mais nous demanderons seulement ici si c'est à un excès d'inflammation que l'on sera tenté d'attribuer la mortification que subit la surface des vésicatoires et de toutes les plaies en général, dans le cours des fièvres graves. Il serait difficile de le soutenir, d'après les avantages incontestables que l'on retire, en pareil cas, de l'application des substances toniques et stimulantes : or il y a, ce nous semble, la plus grande analogie entre cette gangrène des vésicatoires et la gangrène des portions enflammées ou ulcérées du canal intestinal.

LXXXVII[e] OBSERVATION.

Un homme, âgé de vingt ans, travailla tout l'été aux carrières des environs de Paris; il ne mangeait à peu près que du pain pour toute nourriture, et vivait assez misérablement; cependant il se portait habituellement bien. — Le 6 octobre 1821, il fut pris, sans cause connue, d'une violente céphalalgie, et d'une épistaxis abondante, qui fut arrêtée par une saignée et par des ablutions d'eau froide sur la tête. — Les jours suivants, l'é-

pistaxis se renouvela; le malade, qui se sentait très faible, entra le 16 à la Charité : alors la face avait un air de stupeur remarquable, l'œil était morne et abattu; le malade se plaignait d'une grande faiblesse; le décubitus avait lieu sur le dos; la langue était rouge et sèche, la soif vive, le ventre indolent et souple. Un lavement, donné la veille au soir, avait procuré une évacuation. Les selles avaient été régulières depuis le commencement de la maladie; le pouls était fréquent, assez développé, la peau chaude et aride. Le malade toussait, et expectorait des crachats transparents, visqueux et rouillés; cependant la respiration paraissait libre, la poitrine, percutée, résonnait bien partout, la respiration s'entendait partout grande et nette; mais la nature des crachats ne permettait pas de révoquer en doute l'existence d'une pneumonie peu étendue. On pouvait raisonnablement supposer que cette phlegmasie avait été provoquée par les ablutions d'eau froide faites sur la tête dans l'imminence d'une maladie grave : l'aspect particulier de la face, la prostration qui existait, présageaient des symptômes plus fâcheux encore. (*Tisane d'orge, un lavement de camomille, et, malgré la débilité générale, application de quinze sangsues à l'anus.*)

Le soir et pendant la nuit, le malade délira et cria beaucoup. Dans la matinée du 17 octobre (onzième jour), le délire avait cessé; la face du malade était rouge; son œil, habituellement fermé, ne s'ouvrait que lorsqu'on lui parlait; la langue était sèche et brune; le ventre un peu ballonné et indolent; une seule selle avait eu lieu depuis vingt-quatre heures; le pouls, de fréquence médiocre, se laissait facilement déprimer; la peau conser-

vait sa sécheresse et sa chaleur âcre; la toux continuait; l'expectoration caractéristique de la veille persistait.

L'état du malade avait donc évidemment empiré; la faiblesse surtout s'accroissait rapidement. Était-il rationnel d'employer encore des sangsues? M. Lerminier ne le pensa pas; mais il fit appliquer deux vésicatoires aux jambes. (*Tisane et lavement comme la veille.*)

Le délire se renouvela dans l'après-midi, et persista toute la nuit.

Dans la matinée du 18, le délire n'existait plus. Nous observâmes un commencement de surdité. On fit dans la journée des embrocations sur le ventre avec l'huile de camomille camphrée; une demi-tasse de vin fut ajoutée à la tisane.

Le soir et toute la nuit le malade délira.

Le treizième jour, dans la matinée, la face était moins abattue, les yeux restaient ouverts, et avaient une expression naturelle; l'intelligence était nette et la surdité avait augmenté; la langue s'était humectée; les crachats avaient perdu leur teinte rouillée et leur sérosité. L'amélioration était évidente. La journée fut assez bonne; deux selles un peu teintes de sang eurent lieu; la nuit fut calme.

Le 20 octobre, à quatre heures du matin (quatorzième jour), la peau devint moite pour la première fois; à huit heures une sueur générale et abondante existait; cependant le malade était beaucoup moins bien que la veille: la langue, les lèvres et les dents étaient noires. Le malade, plongé dans le délire, avait cependant par intervalles quelques moments lucides. Un nouveau vésicatoire fut appliqué à l'une des cuisses. La

sueur, qui apparaissait le quatorzième jour, bien que ne coïncidant pas avec une amélioration des symptômes, pouvait être considérée comme un effort critique de la nature, qu'il semblait indiqué de favoriser; on prescrivit dans ce but deux tasses de tisane de bourrache avec addition de deux gros d'acétate d'ammoniaque.

La sueur continua jusqu'à onze heures et demie; le malade fut assoupi toute la journée; il eut une selle verdâtre liquide.

Le quinzième jour, les traits étaient profondément altérés, la peau avait repris son aridité. (*Frictions d'alcool camphré, sinapismes aux extrémités inférieures, bourrache acét. d'amm., limonade minérale, tisane d'orge oxymélée, une tasse de vin.*)

Le seizième jour, le malade semblait un peu mieux. — Le dix-septième, la face était décomposée, le malade poussait des plaintes continuelles, il délirait, il avait plusieurs fois lâché sous lui; on ajouta à la prescription un lavement de camomille avec un scrupule de camphre.

Le dix-huitième jour, tout avait empiré; le pouls était filiforme, et battait plus de cent vingt fois par minute.

Le dix-neuvième jour, tuméfaction de la parotide droite, peau froide. (*Décoction de quinquina.*)

Le vingtième jour, la parotide était énorme, l'œil était terne, immobile, la bouche restait entr'ouverte, une croûte noire, épaisse, couvrait la langue et les dents, le pouls ne se sentait plus, la peau était sèche et sans chaleur, les facultés intellectuelles semblaient totalement anéanties; le malade, immobile dans son lit, les bras étendus le long du tronc, ne proférait aucune plainte, et paraissait étranger à tout ce qui se passait autour de

lui; de longs intervalles séparaient chaque mouvement respiratoire. Il resta dans cet état toute la journée; la nuit sa respiration devint râlante, et il succomba dans la matinée du vingt-unième jour.

Ouverture du cadavre faite 50 *heures après la mort.*

Le cerveau était sain. Une grande quantité de liquide séro-sanguinolent engouait les poumons.

La muqueuse de l'estomac était d'un rouge brunâtre et molle dans la portion splénique et le long de la grande courbure; ailleurs elle était blanche et consistante.

Le tiers supérieur de l'intestin grêle présentait une assez vive injection du tissu sous-muqueux; le tiers moyen était très blanc; dans le tiers inférieur la muqueuse était rouge, opaque et très molle. A deux pieds au-dessus du cœcum, commençaient à apparaître des ulcérations arrondies, de la largeur d'une pièce de dix sous, dont les bords étaient formés par la muqueuse brunâtre et boursouflée, et le fond par le tissu lamineux blanc dans quelques unes, rouge dans d'autres, et en général peu épaissi. Plus près du cœcum, ces ulcérations devenaient plus nombreuses, et semblaient se confondre; l'une d'elles à fond et à bord brunâtres occupait toute l'étendue de la face supérieure de la valvule.

La muqueuse du cœcum était d'un rouge plus vif que celle de l'intestin grêle; elle était évidemment épaissie. Non loin de la valvule, elle présentait six ou sept petits points ulcérés, pouvant à peine admettre une tête d'épingle ordinaire. Le reste du gros intestin offrait une couleur généralement blanche qu'interrompaient d'espace en espace des plaques rouges, ayant, terme moyen,

la largeur d'une pièce de trente sous, et dont la couleur résidait dans la muqueuse.

La rate gorgée d'un sang noir avait le double de son volume ordinaire.

La tuméfaction de la parotide dépendait en grande partie de l'engorgement séro-sanguinolent du tissu cellulaire interposé entre ses lobules.

Le pancréas était aussi vivement injecté.

La couleur rougeâtre de ces deux glandes contrastait d'une manière frappante avec la pâleur de l'autre parotide, et des glandes sous-maxillaires.

Le mauvais régime auquel avait été soumis cet individu avant l'invasion de sa maladie; les épistaxis abondantes qui en signalèrent le début; la co-existence d'une pneumonie avec un haut degré de prostration, d'où résultaient dans le traitement des indications opposées; la sueur du quatorzième jour, précédée d'une amélioration sensible, mais accompagnée et suivie d'une exaspération non moins manifeste; l'apparition le dix-neuvième jour d'une énorme parotide qui ne fut que symptomatique, et la mort le vingt-unième, telles sont plusieurs des circonstances les plus remarquables de cette maladie.

La pneumonie, combattue par une seule application de sangsues et par des vésicatoires, céda facilement; on n'en trouva plus de trace à l'ouverture du cadavre.

On n'eut recours à une médication un peu tonique que dans les derniers temps. Jusqu'alors c'était seulement en réveillant l'action de la peau par des vésicatoires, des sinapismes et des frictions, qu'on avait cherché, soit à

soutenir et à relever les forces, soit à diminuer par des révulsions multipliées les congestions internes.

L'intensité des lésions des voies digestives fut dans ce cas en rapport avec la gravité des symptômes.

Aucune altération appréciable de l'encéphale n'expliqua le délire d'abord passager, puis continu; la surdité et les autres phénomènes nerveux.

LXXXVIIIe OBSERVATION.

Un tonnelier, âgé de 45 ans, présentait depuis onze jours les symptômes d'une fièvre continue peu intense; il n'avait pas de dévoiement; il avait été traité par les simples délayants. Le onzième jour (31 octobre 1821), il eut une abondante épistaxis. Ce même jour, son pouls devint plus fréquent, sa langue rougit et se sécha, le ventre se ballonna. (*Vingt sangsues à l'anus.*)

Le douzième jour, le pouls, assez développé les jours précédents, était remarquable par sa petitesse; la peau était sans chaleur; la langue était brune. Ainsi, malgré la saignée à l'anus, l'état du malade avait empiré. L'indication la plus pressante à remplir paraissait être de relever les forces; un vésicatoire fut en conséquence appliqué à l'une des jambes. Son emploi était d'autant mieux indiqué, qu'aucune réaction n'existait à la peau. La boisson était la tisane d'orge miellée. Le malade délira toute la nuit. Dans la matinée du 13, les idées n'étaient pas encore nettes; de nombreuses pétéchies couvraient la peau du cou et de l'abdomen; la constipation persistait. (*Tisane d'orge, limonade minérale, lavement de camomille.*)

Le quatorzième et le quinzième jour, l'état du malade empira; il délirait presque continuellement, les traits de la face s'effilaient, la langue restait brune, le ventre ballonné paraissait indolent, le pouls se sentait à peine, la peau était froide. (*Les mêmes boissons furent continuées; les membres furent frictionnés avec le liniment volatil cantharidé.*)

Le seizième jour, la prostration était extrême; le malade assoupi se réveillait avec peine et prononçait en balbutiant quelques paroles inintelligibles; les pétéchies n'étaient plus aussi nombreuses. (*Deux tasses d'une infusion aqueuse de quinquina; un scrupule de camphre dans un lavement de camomille.*)

Le dix-septième jour, le malade était mourant; le ballonnement du ventre était très considérable. Mort dans la nuit.

Ouverture du cadavre.

Le cerveau et ses membranes ne présentèrent aucune altération appréciable.

Les poumons, fortement engoués, crépitaient peu; leur tissu était facilement déchirable.

L'estomac était distendu par des gaz et par des liquides; sa face interne était très blanche, excepté dans le grand cul-de-sac où existaient deux petites taches rouges, ayant chacune, au plus, la largeur d'une pièce de cinq sous. Ces taches appartenaient à la muqueuse, qui partout ailleurs était parfaitement saine.

L'intestin grêle, y compris le duodénum, contenait une grande quantité de bile jaune qui colorait les valvules. Lavée, sa face interne était très blanche jusqu'à un pied au-dessus de la valvule iléo-cœcale. Dans cette

étendue existaient des ulcérations dont les bords étaient élevés et bruns, et dont le fond blanc était formé par le tissu lamineux non épaissi. Dans les huit premiers pouces, on n'en comptait que cinq ou six, ayant chacune environ la largeur d'une pièce de vingt sous; entre elles, la membrane muqueuse était blanche ; dans les quatre derniers pouces ces ulcérations étaient plus nombreuses; la muqueuse, rouge dans leurs intervalles, était entièrement détruite sur la face supérieure de la valvule.

Le cœcum était parsemé d'un grand nombre de petits ulcères, ayant tous un diamètre égal, et pouvant à peine admettre une petite lentille. La muqueuse qui en formait les bords, et le tissu lamineux qui en occupait le fond, avaient conservé leur épaisseur naturelle. Entre elles, le cœcum présentait une couleur rouge qui résidait dans la muqueuse.

Le reste du gros intestin, rempli de matières fécales moulées, était parfaitement blanc.

La rate était très volumineuse.

L'observation précédente nous montre une maladie qui, bénigne jusqu'à son onzième jour, revêt tout à coup un caractère grave, en même temps que se manifeste une abondante hémorragie nasale. L'application des sangsues ne modère pas les accidents. La prostration rapide des forces fixe surtout l'attention ; un vésicatoire est inutilement appliqué. Le treizième jour, des pétéchies apparaissent; et leur existence, à une époque où le malade n'avait encore pris que des boissons délayantes, dément l'assertion de De Haen, qui établit en principe général

que les pétéchies qui se montrent dans les fièvres graves sont toujours le résultat de l'emploi intempestif des émétiques et des purgatifs. Le délire devient continuel. Cependant on n'emploie d'autre tonique que la limonade minérale; on cherche à réveiller l'action de la peau par des frictions stimulantes. L'adynamie parvient bientôt au dernier degré, et le malade succombe, après avoir pris du quinquina vingt-quatre heures seulement avant la mort. A l'ouverture du cadavre, on trouva l'encéphale intact, bien qu'un délire complet eût existé, la muqueuse gastrique très saine, bien que la langue eût été sèche et noire, des ulcérations peu nombreuses dans les intestins. La blancheur du colon coïncidait avec la constipation.

Les toniques, dont les symptômes observés pendant la vie paraissaient réclamer l'emploi, auraient pu être d'autant plus hardiment administrés qu'ils eussent été reçus et absorbés par des surfaces entièrement exemptes d'inflammation.

La quantité très considérable de bile qui remplissait l'intestin grêle aurait surtout fixé l'attention de Stoll; il aurait vu dans la surabondance de ce liquide la cause de la maladie, et les éméto-cathartiques eussent été regardés par lui comme le seul remède efficace.



LXXXIXe OBSERVATION.

Un homme de vingt-sept ans, d'une faible constitution, ressent, le 28 octobre, sans cause connue, un malaise général. Le 30, surdité, fièvre, même état jusqu'au 2 novembre. Il entre alors à la Charité; vingt sangsues sont appliquées à l'anus dans la matinée du 3. Le 4, la

fièvre est aussi forte que la veille ; la surdité est très grande ; la langue est humide et vermeille ; le ventre indolent ; les selles sont ordinaires ; la face a un air de stupeur remarquable ; les mouvements sont lents et pénibles. Ces derniers symptômes, ainsi que la surdité, annonçaient le début d'une fièvre ataxo-adynamique. (*La peau fut frictionnée avec le liniment volatil ; un lavement de camomille camphré fut prescrit.*) Du 5 au 6 novembre l'état du malade resta à peu près le même. (*Deux vésicatoires furent appliqués aux jambes.*)

Le 9 (onzième jour), la surdité disparut tout à coup ; mais dans la journée, la vessie fut à son tour frappée de paralysie ; une tumeur globuleuse, formée par ce réservoir rempli d'urine, s'élevait au-dessus du pubis : le malade fut sondé.

Le 10 novembre, la paralysie de la vessie persistait ; l'accablement avait augmenté. Le malade était plongé dans un assoupissement dont on avait peine à le tirer ; la langue conservait son humidité et le pouls sa fréquence. (*Limonade vineuse, lavement de camomille camphré, frictions avec le liniment volatil cantharidé, deux bouillons.*)

Le 10, le prépuce, irrité peut-être par les attouchements que nécessitait l'introduction de la sonde, fut trouvé frappé de gangrène ; la peau du sacrum présentait une couleur rouge brunâtre ; la prostration était plus considérable ; le malade ne répondait qu'en balbutiant ; la langue s'était séchée et brunissait ; le pouls était très faible. (*Deux verres d'infusion aqueuse de quinquina furent ajoutés à la prescription de la veille.*)

Le 12, le dévoiement survint.

Le 13, des symptômes de pneumonie se manifestèrent; la respiration était devenue fréquente, courte, pénible; le malade toussait beaucoup sans cracher. La percussion fit reconnaître un son mat à la partie latérale inférieure gauche du thorax; l'escarre de la verge s'était étendue; la peau du sacrum était noire; les forces se prostraient de plus en plus; le dévoiement continuait. (*Même prescription, et de plus un vésicatoire sur le côté gauche.*)

Depuis le 14 jusqu'au 18 novembre, jour de sa mort (vingt-deuxième jour de la maladie), cet individu fut dans un état de délire continuel; la gêne de la respiration devint de plus en plus considérable; la langue fut alternativement sèche et humide, brune et vermeille; le dévoiement continua; la paralysie de la vessie cessa; l'escarre de la verge ne s'étendit pas. L'escarre du sacrum détachée laissa à sa place un vaste ulcère à fond grisâtre. La face se décomposa, le pouls cessa de battre, les extrémités se refroidirent, et le malade succomba dans un état de dyspnée extrême. (*Les mêmes médicaments furent continués jusqu'à la fin.*)

Ouverture du cadavre faite quarante-huit heures après la mort.

Le cerveau, de consistance ordinaire, était piqueté d'un assez grand nombre de points rouges. Deux cuillerées à café de sérosité limpide existaient dans chacun des ventricules latéraux. Les méninges étaient un peu injectées.

Le cœur était pâle et vide de sang. Le lobe inférieur du poumon gauche, d'un rouge brunâtre, n'était plus perméable à l'air; son tissu très mou se déchirait comme

celui de la rate. Le lobe supérieur de ce poumon et la totalité du poumon droit étaient engoués d'une énorme quantité de sérosité sanguinolente.

L'estomac était distendu par des gaz. La muqueuse, dans le grand cul-de-sac, présentait une couleur brunâtre et une mollesse extrême; les cryptes muqueux du duodénum étaient très developpés; l'intestin grêle contenait une grande quantité de bile jaune. L'on y voyait une injection sous-muqueuse médiocre; la muqueuse elle-même était intacte. Mais, dans l'étendue d'un demi-pied environ au-dessus du cœcum, la face interne de l'intestin présentait d'abord quelques taches brunes isolées; plus bas, elle était informément brunâtre. Cette couleur résidait dans la muqueuse épaissie et ramollie. Dans ce même espace existaient cinq petites ulcérations, de la largeur d'une pièce de cinq sous, dont le fond blanchâtre était formé par le tissu lamineux à peine épaissi. La face interne du cœcum et de tout le colon offrait une injection médiocre de la muqueuse et du tissu lamineux subjacent. Non loin de la valvule cœcale, s'observait une petite ulcération isolée, semblable à celles de l'intestin grêle. Les ganglions mésentériques étaient bruns et tuméfiés.

La rate était peu volumineuse.

La gangrène de la verge n'occupait que le prépuce.

Au sacrum, la peau était détruite en hauteur, depuis le coccix, jusqu'au niveau des premières vertèbres lombaires, et en largeur, dans toute l'étendue du diamètre transversal du sacrum. Cet os était en grande partie à nu. Au fond de cette large plaie, se voyait un détritus noir d'où s'exhalait une odeur infecte; tout autour, la peau

était décollée, dans l'étendue au moins de trois à quatre pouces.

Plusieurs circonstances de cette maladie méritent de fixer notre attention. La surdité, que dans plusieurs des observations précédentes nous n'avons vue survenir qu'à une époque déjà avancée de la maladie, fut ici l'un des premiers symptômes qui apparurent. Hippocrate regardait la surdité comme un signe très fâcheux, lorsqu'elle était jointe à une grande prostration, et surtout lorsqu'elle se manifestait dès le début. Plusieurs observations, consignées dans le Traité des maladies populaires, confirment cette assertion. On trouve, par exemple, dans la première section du troisième livre, l'histoire d'une fièvre grave, dans laquelle, comme chez notre malade, la surdité survint dès le premier jour; la mort eut lieu le vingt-septième. Dans la deuxième section du même livre on lit l'histoire d'un autre malade, qui, devenu sourd dès le second jour, mourut le cinquième. Nous voyons, au contraire, dans le même ouvrage, que ceux qui ne perdirent l'ouïe qu'à une époque plus avancée de leur maladie, recouvrèrent la santé. Le premier livre renferme deux observations de ce genre: dans l'une, le malade, devenu sourd le cinquième jour, guérit le neuvième; dans l'autre, la surdité ne survint que le vingtième jour, et la guérison fut complète le quarantième. On lit dans le troisième livre que deux individus devenus sourds le huitième et le quatorzième jour guérirent également.

On a vu quelquefois la surdité ne survenir que lorsque

les symptômes graves avaient déjà disparu, ou même après la cessation de la fièvre, pendant la convalescence. Rasori (*Histoire de la fièvre pétéchiale de Gênes*) en rapporte des exemples dans ses observations douze, treize, quatorze et quinze. Nous avons vu nous-mêmes un individu qui, atteint d'une fièvre rémittente pernicieuse, ne devint sourd qu'après que la fièvre eut cédé à l'administration du quinquina.

En même temps que l'ouïe du malade se perdit, une stupeur remarquable, une prostration subite, se montrèrent. Ces symptômes suffisaient pour faire prévoir une maladie grave. — Cependant la faiblesse s'accroît rapidement; la paralysie de la vessie remplace la surdité; la gangrène s'empare des parties de la peau qui ont été légèrement irritées. L'indication de relever les forces ne paraît pas douteuse; mais les toniques sont vainement employés; la nature ne répond pas aux efforts de l'art. — Au milieu de cet anéantissement général des forces de la vie, elles semblent surabonder encore dans le poumon et dans l'intestin qui sont frappés de phlegmasie. Ces organes enflammés attirent à eux le reste des forces de l'économie. Le vaste ulcère du sacrum devient une nouvelle source d'épuisement par l'abondante suppuration dont il est le siége. Tant de causes de destruction conduisent enfin le malade au tombeau.

Au milieu de ces terribles désordres, la phlegmasie assez légère de l'estomac et des intestins pouvait-elle en être considérée comme la cause primitive? Nous ne le pensons pas, car aucun signe n'en révéla l'existence à l'époque de l'entrée du malade; elle ne survint que plus tard, à peu près à la même époque que la péripneumo-

nie. Elle paraissait n'être qu'une lésion fort secondaire. Il n'est pas inutile d'observer que les parties du tube digestif enflammées présentaient une couleur brune en rapport avec l'état de la peau, de la verge et du sacrum.

Chez ce malade, une injection légère du cerveau et de ses membranes coïncida avec l'existence du délire.

XC^e OBSERVATION.

Un carrier, âgé de vingt-huit ans, peau brune, cheveux noirs, muscles développés, s'était beaucoup fatigué au travail pendant la première quinzaine du mois de juillet. Vers le 20 juillet, il commença à sentir un malaise général, une forte céphalalgie; son appétit se perdit, ses forces diminuèrent; on lui donna un éméto-cathartique; il vomit abondamment, et alla plusieurs fois à la selle. Depuis cette époque, il a eu de la diarrhée. A dater des premiers jours du mois d'août, il garda la chambre, et bientôt s'alita. Toute la journée, il éprouvait une chaleur brûlante; le soir, il ressentait un froid assez intense dans les pieds et les jambes; il suait beaucoup chaque nuit. Il ne prit jusqu'au 28 août aucun médicament actif; entré alors à la Charité, il offrit l'état suivant.

Céphalalgie sus-orbitaire, face rouge, yeux brillants, brisement des membres, accablement général; langue couverte d'un léger enduit blanchâtre, bouche amère, soif, anorexie, ventre indolent et souple, quatre ou cinq selles depuis vingt-quatre heures, précédées de légères

coliques; toux légère, sentiment de chaleur à la gorge, déglutition pénible; pouls fréquent, de force ordinaire; peau chaude, un peu moite.

Aucune indication précise ne se présentait; les symptômes étaient assez modérés pour qu'on pût croire qu'ils céderaient à l'usage de simples boissons adoucissantes, de la diète et du repos. (*Eau de riz gommée, un bouillon.*)

Le malade n'alla que deux fois à la selle, jusqu'au lendemain matin. Froid partiel le soir, et sueur la nuit, comme de coutume. A la visite du 29, la céphalalgie, la rougeur de la face, l'injection des conjonctives, persistaient; la toux était plus fréquente, le pouls plus développé. Ainsi l'état d'éréthisme général s'était accru. (*Saignée de quatre palettes.*)

Le sang tiré de la veine se réunit en un large caillot mou et sans couenne. L'exacerbation fébrile fut très forte le soir.

Le 30, la rougeur de la face avait été remplacée par une pâleur remarquable; la langue, dépouillée de son enduit blanchâtre, présentait une couleur rouge uniforme; les lèvres, les dents et les narines étaient sèches; quatre selles liquides avaient eu lieu; le ventre restait souple; le pouls fréquent se déprimait très facilement; la chaleur de la peau était peu élevée. (*Tisane d'orge gommée, diète absolue.*) Exacerbation le soir, sans froid initial; sueurs et rêves fatigants pendant la nuit.

Le 31, air de stupeur; même état du reste. (*Deux vésicatoires aux jambes.*) Le soir, léger trouble dans les idées.

Le 1er septembre, l'air de stupeur était plus prononcé;

le malade était devenu très sourd; son intelligence paraissait d'ailleurs assez nette; trois fois il s'était levé pour aller à la selle. La langue était sèche, le ventre ballonné; le pouls, très fréquent, fuyait sous le doigt. (*Six sangsues derrière chaque oreille, embrocations d'huile de camomille camphrée sur l'abdomen; lavement de camomille avec addition de douze grains de camphre; tisane d'orge.*)

Les sangsues coulèrent très abondamment; dans la matinée du 2, plusieurs piqûres donnaient encore du sang; la stupeur avait fait des progrès. La teinte plombée de la face, l'expression morne des yeux que recouvrait à moitié la paupière supérieure, l'augmentation de la surdité, la lenteur et l'incertitude des réponses, la faiblesse extrême du pouls qui était comme tremblant, et qui battait plus de cent trente fois par minute, le décubitus particulier du malade qui tendait toujours à glisser vers le pied de son lit, annonçaient l'existence d'un état adynamique qu'il était urgent de combattre. La langue était à la fois sèche et pâle, le ventre assez souple; il n'y avait eu que deux selles. Deux nouveaux vésicatoires furent appliqués aux cuisses; ceux des jambes étaient secs. (*Infusion de quinquina gommée, décoction de polygala oxymélée, lavement et embrocations comme la veille.*)

Dans la soirée, l'état du malade parut avoir subi une légère amélioration; l'expression de la face était un peu plus animée; il s'était placé de lui-même sur le côté droit; le pouls s'était relevé; trois ou quatre piqûres de sangsues coulaient encore, quelque effort que l'on eût fait pour arrêter cet écoulement.

Pendant la nuit, le malade délira complétement.

Le 3, la langue s'était humectée; des croûtes noires couvraient les dents; quelques taches lenticulaires, d'une teinte livide, étaient éparses sur l'épigastre. (*Mêmes boissons, lavement avec une once de quinquina et douze grains de camphre; liniment ammoniacal avec addition d'une once de teinture de lavande pour frictionner les membres.*)

Jusqu'au lendemain matin le malade resta continuellement assoupi.

Le 4, face cadavéreuse, réponses nulles. Cependant il tirait encore la langue, lorsqu'on lui faisait signe de la montrer; elle était pâle, assez humide, légèrement encroûtée à son centre. Des fuliginosités recouvraient les lèvres et les dents; quatre selles involontaires avaient eu lieu. Nous comptâmes cent quarante-quatre battements artériels; deux tasses de vin furent ajoutées à la prescription.

L'affaissement devint de plus en plus grand dans la journée. Le malade, immobile dans son lit, les yeux à demi ouverts et entièrement éteints, la bouche entr'ouverte, la peau déjà glacée, ressemblait à un cadavre. Des inspirations, séparées par des intervalles qui devenaient de plus en plus longs, un pouls filiforme, et d'une fréquence telle que ses battements ne pouvaient plus être comptés, étaient les seuls signes qui annonçassent encore que le malade n'avait pas cessé d'exister. Cependant il vivait encore le 5; il avalait encore très bien les boissons qu'on lui présentait. Une demi-once de serpentaire de Virginie et deux onces de sirop de quinquina furent ajoutées à la décoction de cette écorce. Le

malade lutta encore toute la journée contre la mort, et le souffle de vie qui lui restait ne s'éteignit que le 6 à cinq heures du matin.

Ouverture du cadavre faite vingt-neuf heures après la mort.

Crâne. Le cerveau et ses membranes étaient remarquables par leur pâleur; les ventricules étaient à peu près vides.

Thorax. Le cœur, vide de sang, présentait un tissu mou, flasque, entièrement décoloré; une grande quantité de sérosité sanguinolente, d'un brun foncé, engouait les deux poumons. Une pinte environ d'un liquide noir, offrant l'ensemble des propriétés physiques du sang veineux, était épanchée dans chaque plèvre, qui ne présentait d'ailleurs aucune trace de phlegmasie.

Abdomen. L'estomac, distendu par des liquides, présentait à l'extérieur, dans sa portion qui est en contact avec la rate, une teinte rouge livide. A l'intérieur, il avait partout, excepté dans cette portion, une teinte d'un blanc grisâtre; la muqueuse était d'épaisseur ordinaire, et se détachait bien sous forme de membrane. Dans la portion splénique existaient quatre ou cinq larges taches rouges, dues à une infiltration sanguine qui avait son siége dans le tissu cellulaire sous-muqueux, et qui avait communiqué sa couleur à la membrane elle-même.

Le duodénum, le jéjunum et les deux tiers supérieurs de l'iléum étaient pâles, et contenaient une assez grande quantité de bile jaune. Mais dans le tiers inférieur de l'iléum existaient différentes espèces de lésions. De la sur-

face interne de l'intestin faisaient saillies plusieurs plaques d'un rouge plus ou moins foncé; elles s'élevaient d'une à deux lignes au-dessus du niveau de la muqueuse. Leur forme était irrégulièrement ovalaire; les plus petites égalaient le diamètre d'un pois, et les plus considérables celui d'une pièce de trente sous. Elles étaient formées par la muqueuse épaisse. Dans leurs intervalles, cette membrane n'était que médiocrement injectée. Plusieurs plaques présentaient en quelques points de leur surface des ulcérations dont le fond était formé par le tissu lamineux. D'autres étaient transformées en partie en un tissu jaunâtre, tout-à-fait semblable à une escarre par l'ensemble de ses propriétés physiques. D'autres, enfin, étaient entièrement transformées en ce même tissu; sa couleur ne s'enlevait pas par un lavage répété; il fallait le déchirer pour le séparer des tissus subjacents; c'est assez dire que ce tissu ne pouvait être confondu avec de la matière fécale. Ailleurs, ces escarres étaient en partie enlevées, et il en résultait des ulcérations plus ou moins irrégulières, dont le fond était formé par le tissu lamineux resté sain. Dans une ou deux ulcérations, l'escarre, presque entièrement détachée, ne tenait plus que par un mince pédicule. Enfin, d'autres ulcérations n'en présentaient plus aucune trace; une large escarre recouvrait la face supérieure de la valvule iléo-cœcale.

La muqueuse du cœcum et des trois portions du colon présentait un assez grand nombre de petits ulcères arrondis, superficiels, à bord et à fond blanc; ils semblaient marcher vers la cicatrisation; la muqueuse était pâle dans leurs intervalles.

La rate était très volumineuse; l'aorte contenait une

petite quantité de sang noir, liquide; sa membrane interne était d'une couleur rouge uniforme.

Il est rare de pouvoir suivre ainsi, chez un même sujet, les divers degrés de la formation des ulcères intestinaux. La gangrène des portions de muqueuse frappées de phlegmasie est ici évidente. Ce fait d'anatomie pathologique n'est pas seulement curieux; il peut conduire à d'importantes considérations sur la nature de la maladie et sur le mode de traitement qu'il convient d'appliquer.

En suivant attentivement la marche de cette maladie, ne pouvons-nous pas suivre aussi le développement de la lésion intestinale? Une abondante diarrhée en marqua le début, puis elle alla en diminuant jusqu'au terme fatal. Aussi nous ne trouvâmes plus de rougeur dans la muqueuse du gros intestin, et les ulcérations, dont elle était le siége, tendaient à se cicatriser. N'est-ce pas à une époque plus avancée de la maladie, lorsque des symptômes plus graves se manifestèrent, que la fin de l'intestin grêle s'enflamma à son tour? D'abord nous observâmes un état d'excitation, de réaction générale, qui fut combattu par la saignée; mais après qu'elle eut été pratiquée, des symptômes de plus en plus graves apparurent; l'état adynamique se prononça au plus haut degré, et ne cessa de faire des progrès; n'est-ce pas alors que la muqueuse intestinale commença à se gangréner? Mais ici peut être posée une question plus difficile à résoudre. Cette gangrène fut-elle le résultat de l'excès de l'inflammation, et la concentration des forces sur l'in-

testin produisit-elle les symptômes adynamiques ? Ou bien, cette terminaison par gangrène n'était-elle pas liée à un état général de l'économie, tel que celui qu'on ne peut se refuser à admettre chez des individus affaiblis, dont on voit la plaie la plus légère passer à l'état gangréneux ? Si l'on ne peut nier ce fait pour les inflammations de la peau, pourquoi le nierait-on pour les inflammations internes ? Pourquoi n'admettrait-on pas aussi à l'intérieur deux espèces de gangrène, l'une résultant de l'exaltation trop grande des forces vitales, l'autre de leur absence ? C'est à distinguer ces deux cas, qui doivent avoir nécessairement la plus grande influence sur le traitement, qu'il faut s'appliquer. Un examen attentif des circonstances antécédentes, des causes de la maladie, et des symptômes, pourra peut-être y conduire.

Mais d'autres lésions sont au moins aussi dignes que les précédentes de fixer notre attention. Que dire des épanchements sanguins des plèvres, des ecchymoses de l'estomac, de l'engorgement sanguinolent des poumons, de la pâleur et de la flaccidité du tissu du cœur ? N'est-ce pas là une partie des lésions que l'on trouve chez les individus scorbutiques ? Ne sont-ce pas celles qui ont été signalées par Werlof, dans la description *de sa Maladie tachetée hémorragique*, et qui, observées dans ces derniers temps par M. Brachet de Lyon, lui ont fourni le sujet d'un intéressant Mémoire ? C'est ce genre de lésions que l'on a trouvées chez beaucoup d'individus morts de la fièvre jaune. Ce sont elles enfin que présentent les animaux qui reçoivent dans leurs veines des matières animales ou végétales en putréfaction.

La méditation de ces différents faits ne porterait-elle

pas à voir autre chose dans ces maladies qu'une gastro-entérite? C'est ainsi qu'un grand nombre de faits tendent à démontrer que, dans la variole, toute la maladie ne réside pas dans une phlegmasie cutanée. L'observation suivante, recueillie à l'hôpital des Enfants, me semble propre à jeter quelque jour sur ces questions.

Une fille de quatorze ans fut atteinte d'une variole discrète, qui marcha sans accident pendant les sept premiers jours, à dater du moment de l'éruption. Alors les boutons, pleins d'une matière blanche opaque, se désemplirent et s'affaissèrent tout à coup. En même temps amaigrissement subit de la face, œil éteint; prostration portée rapidement au dernier degré; soif inextinguible, aspect naturel de la langue; dévoiement; pouls fréquent; peau brûlante et sèche. Ces divers symptômes persistent pendant trois jours; la faiblesse augmente, et la malade succombe.

Ouverture du cadavre.

État de la peau. Les pustules se présentent sous trois états différents. La plupart sont entièrement vides; l'épiderme soulevé est épais et d'un gris brunâtre. D'autres sont remplies par un liquide grisâtre, semblable à l'ichor fétide fourni par d'anciens ulcères de mauvaise nature. D'autres, en petit nombre, se présentent sous la forme de larges cloches remplies d'une sérosité rougeâtre.

La muqueuse gastrique est, dans toute son étendue, d'un blanc grisâtre sale : elle n'est pas ramollie; mais vers le grand cul-de-sac existent cinq à six petites plaques brunâtres, arrondies, ayant, terme moyen, le diamètre

d'une pièce de 15 sous; elles sont formées par du sang épanché dans le tissu cellulaire sous-muqueux. La muqueuse elle-même n'est nullement altérée.

L'intestin grêle, généralement blanc, présente d'espace en espace une douzaine de taches semblables à celles de l'estomac.

Le cœcum est rouge dans toute son étendue; le reste du gros intestin est pâle.

Deux onces de sérosité rougeâtre existent dans chacune des plèvres. Le poumon droit présente à sa surface une large ecchymose, qui n'existe qu'à sa superficie. Les deux poumons sont d'ailleurs très sains.

Le cerveau et ses membranes n'offrent aucune lésion appréciable.

Certes, chez cet individu, aucune des altérations trouvées dans les organes ne saurait rendre raison ni de la mort, ni des phénomènes très graves observés pendant la vie, non plus que de la mort. Nous ne voyons ici autre chose que le bouleversement de toutes les fonctions, et une prostration subite, coïncidant avec l'affaissement des pustules. Le pus qui les remplissait, résorbé tout à coup, et porté dans le sang, fut-il la cause des accidents? Peut-être ne regardera-t-on pas cette question comme indigne d'examen, si l'on se rappelle que les animaux dans les veines desquels du pus a été injecté présentent à peu près la même série de phénomènes, et offrent, après leur mort, le même genre de lésions. C'est ce qui résulte des expériences de MM. Magendie, Gaspard et Dupuy.

XCIe OBSERVATION.

Un maçon, âgé de vingt-un ans, tempérament lymphatico-sanguin, habite Paris depuis deux mois. Depuis son arrivée dans cette ville, il a éprouvé de la misère, et s'est mal nourri. Vers le 10 juin, il fut pris d'une abondante diarrhée, qui, pendant les premiers jours, n'empêcha pas le malade de manger et de se livrer à son travail. Mais bientôt augmentation de la diarrhée (vingt selles environ en vingt-quatre heures); perte de l'appétit, faiblesse de plus en plus grande; impossibilité de continuer son travail : il s'alita huit jours avant d'entrer à la Charité; il ne prit aucun médicament, garda la diète, et but de l'eau sucrée. Il entra à l'hôpital le 29 juin. A la visite du 30, nous fûmes frappés de son air de stupeur. Il se plaignait d'une forte céphalalgie frontale. Son intelligence était nette, ses mouvements pénibles. La langue, couverte d'un enduit blanchâtre, était rouge à sa pointe, et parsemée dans le reste de son étendue d'une foule de petits points d'un rouge vif; bouche mauvaise, soif; anorexie; ventre indolent et souple; quinze à dix-huit selles semblables à de l'eau teinte en jaune avaient eu lieu depuis la veille. Le pouls était fréquent et concentré; la peau chaude et sèche. Une toux légère existait. (*Eau de riz gommée, lavement de lin, deux bouillons.*)

Dans la journée, l'on s'aperçut que le malade délirait un peu. La nuit, il troubla, par ses cris, le sommeil de ses voisins. Dans la matinée du 1er juillet, nous le trouvâmes à peu près dans le même état qu'à la visite précé-

dente. Les crachats nous parurent un peu visqueux. (*Saignée de deux palettes; deux vésicatoires aux jambes.*)

Le sang extrait de la veine se réunit en un large caillot sans couenne, remarquable par sa mollesse, et par sa ressemblance avec de la gelée de groseille. Le délire revint pendant la nuit. Dans la matinée du 2, le malade jouissait de toute l'intégrité de ses facultés intellectuelles; mais il était singulièrement abattu; ses yeux s'ouvraient avec peine; la langue était rouge, et ses pupilles hérissées; la diarrhée avait un peu diminué; la peau restait sèche; le malade toussait plus que les jours précédents, et la viscosité des crachats persistait. (*Eau de riz; lavement de lin.*) — La nuit, retour du délire.

Le 3, profond affaissement des traits, teinte livide de la face. Le malade eut beaucoup de peine à se soulever un peu pour qu'on pût le percuter et l'ausculter. La viscosité des crachats, pouvait faire craindre le développement d'une pneumonie, bien que la respiration ne parût nullement gênée. Nous entendîmes un peu de râle crépitant à la partie postérieure inférieure gauche du thorax. Cinq ou six taches livides, arrondies, du diamètre d'une pièce de dix sous, étaient disséminées sur le thorax. Le malade répondait parfaitement bien aux questions. Une heure après, il quitta tout à coup son lit, et prononça des propos sans suite. (*Deux nouveaux vésicatoires furent appliqués aux cuisses.*) Le reste de la journée il délira.

Le 4, l'air de stupeur était porté au dernier degré; le malade paraissait entièrement étranger à tout ce qui se passait autour de lui. Cependant il comprenait les questions, et y répondait; mais abandonné à lui-même,

il délirait de nouveau. La langue était sèche, d'une couleur semblable à celle de la crème brûlée; d'épaisses croûtes noires couvraient les lèvres et les dents; les évacuations alvines avaient lieu dans le lit; la chaleur de la peau était très âcre; le pouls, très fréquent, se déprimait facilement; les taches avaient disparu; le malade ne crachait plus. (*Eau d'orge gommée, acidulée avec l'acide muriatique; eau d'orge avec le sirop tartareux; fomentations avec l'oxycrat chaud sur le ventre et sur les cuisses.*)

Le 5, les paupières restaient à demi abaissées sur le globe de l'œil; soulevées, elles laissaient voir celui-ci terne, sans expression; une sorte de poussière, d'un gris sale, couvrait les joues; de fréquents soubresauts de tendons se faisaient sentir aux deux avant-bras, et de temps en temps l'on observait de petits mouvements convulsifs des muscles abaisseurs de la commissure gauche des lèvres. La peau du tronc et des membres conservait sa sécheresse et sa chaleur âcre; la peau du visage au contraire était froide et couverte d'une sueur visqueuse. Le pouls devenait de plus en plus faible. (*Continuation des mêmes tisanes et des fomentations; potion éthérée avec douze grains de musc; lavement camphré.*)

Dans la journée, le malade resta à peu près dans le même état. Tantôt il paraissait profondément assoupi, tantôt il ouvrait les yeux et poussait de profonds soupirs; il lâcha plusieurs fois sous lui; la nuit ses plaintes furent continuelles.

A la visite du 6, son état était à peu près le même que la veille. Il paraissait entendre les questions qu'on lui adressait; il tirait assez facilement la langue, mais il ne

proférait aucune parole. Les soubresauts des tendons étaient très multipliés. Le pouls battait plus de cent vingt fois par minute; La langue était sèche *comme un morceau de parchemin*. Un ver lombric avait été rendu. La respiration était haute, accélérée. (*Même prescription.*)

Le 7, le malade était mourant. Nous fûmes surtout frappés par la grande fréquence des inspirations. Il succomba quelques heures après la visite.

Ouverture du cadavre faite 18 *heures après la mort.*

Les muscles n'étaient pas poisseux.

Crâne. Les veines qui rampent sous l'arachnoïde de la convexité des hémisphères étaient gorgées de sang. La pie-mère paraissait assez vivement injectée. La substance cérébrale était piquetée d'une grande quantité de petits points rouges. Les ventricules étaient entièrement vides de sérosité. L'on en trouva un peu entre le cervelet et sa tente.

Thorax. Le lobe inférieur du poumon gauche présentait une couleur brunâtre et ne crépitait pas. Il avait assez d'analogie avec le tissu de certaines rates très molles. Partout ailleurs les poumons étaient parfaitement sains, non engoués. Le cœur contenait dans sa partie droite des caillots fibrineux peu consistants, et assez fortement adhérents aux colonnes charnues de l'appendice auriculaire.

Abdomen. Des gaz distendaient l'estomac. Sa surface interne présentait plusieurs plaques rosées dans l'intervalle desquelles elle était blanche. La muqueuse, examinée sur ces plaques et entre celles-ci, avait conservé partout son épaisseur et sa consistance ordinaire; cet état de

l'estomac pouvait être tout au plus considéré comme le premier degré d'une phlegmasie peu intense.

Le duoénum, le jéjunum et l'iléum contenaient une grande quantité de bile jaune. Ouverts dans toute leur étendue et lavés, ces intestins présentèrent une surface interne très pâle jusqu'à deux pieds et demi environ au-dessus du cœcum. Dans ce dernier espace existait une lésion remarquable qui paraissait être la même, et présentait seulement différents degrés. Ainsi, l'on observait en plusieurs endroits des élevures oblongues, d'un rouge brunâtre, formées à la fois et par la muqueuse un peu épaissie en cet endroit, et surtout par le tissu lamineux subjacent engorgé (1er degré). En d'autres endroits, ces mêmes élevures étaient surmontées par un tissu jaunâtre, intimement adhérent au tissu subjacent, et tout-à-fait semblable aux escarres des parties externes; il nous parut hors de doute que ce tissu n'était autre chose que la membrane muqueuse frappée de gangrène, soit seule, soit en même temps que le tissu cellulaire situé au-dessous d'elle (2e degré). Ailleurs, les élevures ne présentaient plus le tissu jaunâtre précédent que par points isolés, et dans les intervalles de ce tissu se voyait un tissu d'un rouge brunâtre foncé. Dans ce dernier cas la portion gangrenée était déjà en partie détachée; de là résultait un ulcère dont le fond était formé par le tissu lamineux, épaissi et enflammé (3e degré). Ailleurs enfin, l'on ne voyait plus que des ulcérations simples, sans aucun mélange de tissu jaunâtre, à bords rouges formés par la muqueuse, à fond brunâtre formé par le tissu lamineux (4e degré).

Toutes ces ulcérations faisaient au-dessus de la mu-

queuse une saillie considérable. Celle-ci était blanche ou légèrement injectée dans les intervalles. Qui ne voit la plus exacte ressemblance entre ces tissus et les anthrax?

La muqueuse du cœcum et du commencement du colon présentait une assez vive injection. L'on voyait aussi, dans toute l'étendue du gros intestin, plusieurs points noirs, isolés, entourés d'un cercle d'un blanc mat, faisant une légère saillie au-dessus du reste de la muqueuse. (*Follicules.*)

La rate volumineuse était d'une extrême mollesse et contenait une matière couleur lie de vin.

Les autres viscères étaient sains.

Examen du sang.

L'aorte descendante thorachique contenait une assez grande quantité de sang dont l'aspect parut fort remarquable. Il se présentait sous forme d'un liquide couleur lie de vin, comme sanieux en quelques endroits, et tenant en suspension de petits globules noirâtres. Hors cette dernière circonstance, il présentait une grande ressemblance avec le sang qui s'échappe d'un abcès qu'on ouvre avant sa maturité. Le reste du système artériel était vide. Le sang de la veine-cave présentait le même aspect. Un sang à peu près pareil a été trouvé une fois par Bichat dans la veine-cave.

On ne doit pas perdre de vue les circonstances qui ont précédé cette maladie, telles que l'arrivée du malade à Paris, datant à peine de deux mois, la misère qu'il éprouva, les mauvais aliments dont il se nourrit, et la diarrhée qui survint.

Le premier jour que nous le vîmes, l'état adynamique était le plus prononcé. Le lendemain, cet état fut

compliqué par des symptômes nerveux. Au milieu de l'affaissement général, le cerveau semblait être devenu le siége d'une vive excitation ; en même temps, quelques symptômes d'une phlegmasie aiguë des poumons se manifestaient. Dans cet état de choses, une saignée fut pratiquée; on chercha à prévenir le retour du délire par l'application des révulsifs sur les extrémités inférieures.

Depuis ce moment, les symptômes ataxo-adynamiques ne cessèrent de faire des progrès.

Le délire présenta des caractères remarquables. Il fut d'abord intermittent, puis il fut séparé par des intervalles de lucidité de plus en plus petits, et enfin il devint continu. Mais jusqu'au dernier jour le malade, bien qu'en délire, comprit les questions qui lui étaient adressés; et, alors même qu'il ne pouvait plus parler, ses actions indiquaient qu'il comprenait encore : nous remarquerons aussi quelle force factice peut être imprimée à l'économie par l'excitation momentanée du système nerveux. Le malade, malgré tous ses efforts, ne peut parvenir à se placer sur son séant; une heure après, il commence à délirer : il se lève seul, et fait plusieurs pas dans la salle.

On a rarement occasion d'observer dans le cours des fièvres graves des taches livides semblables à celles qui apparurent sur la poitrine le 3 juillet. Elles sont infiniment plus rares que les taches pétéchiales; ce sont elles que les auteurs ont désignées sous le nom de *vibices*; ils les ont signalées comme étant d'un beaucoup plus fâcheux augure que les pétéchies. Elles sont, dit Huxham, un signe certain qu'il y a malignité. D'après le même auteur, ces taches sont presque toujours accompagnées de fortes hémorragies ; cette assertion ne s'est point trouvée confir-

mée chez notre malade ; mais il est remarquable que chez lui les taches avaient disparu le lendemain, sans que les autres symptômes se fussent d'ailleurs amendés.

La peau resta constamment sèche et aride. Deux jours seulement avant la mort, une sueur froide, visqueuse couvrit la face. Cette sueur partielle ne pouvait être que du plus sinistre présage. Ce jour-là, nous pûmes observer aussi une inégale répartition dans la chaleur ; le tronc et les membres continuaient à être brûlants, tandis que les joues étaient glacées ; le lendemain, cette partie avait repris la température du reste du corps.

L'état de la langue, la diarrhée, annonçaient une lésion des voies digestives.

Des crachats visqueux, sans être teints de sang, furent le seul symptôme qui fit d'abord soupçonner l'existence d'une phlegmasie des poumons. La respiration ne fut gênée que dans les derniers temps ; mais alors la dyspnée devint telle, qu'elle fixa fortement notre attention : cependant il était, je crois, impossible d'affirmer qu'elle dépendît d'une pneumonie ; trop d'observations nous ont démontré que, dans les derniers temps des fièvres malignes, la respiration peut s'accélérer considérablement, les poumons restant sains. L'autopsie cadavérique démontra qu'il y avait effectivement pneumonie, mais l'altération du poumon paraissait être d'une nature spéciale. L'on en a une idée assez exacte en désignant cette altération sous le nom de *ramollissement pultacé du poumon* ; c'est cette altération que présentent les poumons de la plus grande partie des individus qui succombent à des fièvres graves. Il est impossible de la confondre avec l'hépatisation rouge ou grise.

Portons maintenant nos regards sur l'état du tube digestif, et remarquons d'abord ce que nous avons déjà vu plusieurs fois, savoir que l'état de l'estomac n'était pas en rapport avec celui de la langue. Le ventricule n'était atteint que de ce léger degré de phlegmasie assez peu tranché pour pouvoir être révoqué en doute par plusieurs personnes. Cependant, d'après l'aspect de la langue, n'aurait-on pas dû s'attendre à trouver la gastrite la plus intense ?

Que dirons-nous de l'altération dont la fin de l'intestin grêle était le siége ? On ne la regardera point certainement comme une entérite ordinaire, à moins qu'on ne prétende désigner sous le nom d'érysipèle un anthrax ou une pustule maligne ; mais dans le cas où un anthrax volumineux se développe sur un point de système cutané, et que des symptômes adynamiques l'accompagnent, il est souvent difficile de décider si l'anthrax est cause, effet ou simple complication. Or une identité parfaite nous paraît exister entre l'anthrax et le genre de lésion trouvé dans le canal intestinal du malade qui nous occupe.

Si le traitement antiphlogistique ne peut arrêter la marche d'un anthrax de la peau, arrêtera-t-il la marche d'un *anthrax de la muqueuse intestinale?*

Les phénomènes de l'angine gangréneuse, le succès des moyens thérapeutiques employés contre cette maladie, peuvent encore servir à démontrer que la présence des ulcérations dans le canal intestinal ne saurait contre-indiquer dans tous les cas une médication tonique.

Dans l'angine gangréneuse, comme dans les fièvres graves, les ulcérations de la membrane muqueuse succèdent à la chute des escarres ; la lésion est la même, et les

symptômes sont également identiques. Or, d'innombrables observations ont prouvé que dans l'angine gangréneuse le traitement stimulant est le seul qui puisse arracher les malades à la mort. Il serait difficile de récuser les faits de ce genre, accumulés par Fothergill et Huxham, immortels historiens de cette effroyable maladie.

Les symptômes nerveux, observés pendant la vie, tels que le délire, les mouvements convulsifs, les soubresauts des tendons, etc., semblaient annoncer que le cerveau ou ses membranes étaient fortement enflammés. Nous ne trouvâmes ces parties que médiocrement injectées; mais cette injection suffisait pour prouver que l'encéphale et ses dépendances avaient été le siége d'une assez forte congestion. Il est présumable que des sangsues appliquées au cou eussent été utiles. D'autres observations nous en ont montré la grande efficacité, à une époque même très avancée des fièvres graves.

Il est encore un fait sur lequel on ne saurait trop appeler l'attention, c'est l'état du sang. Nous avons déjà noté chez d'autres individus les caractères insolites que nous offrit le sang tiré de la veine, et nous avons rappelé alors plusieurs faits analogues consignés dans divers auteurs. Le sang du malade, dont il est maintenant question, n'est pas moins digne de remarque. Le sang n'était-il point ici réellement malade? En comparant les symptômes présentés par les individus chez lesquels a été observée cette sorte de *dissolution* du sang, nous trouverons entre ces symptômes une grande analogie. Serait-il donc si déraisonnable, ainsi que nous l'avons déjà fait entrevoir, de rapporter à une altération du sang plusieurs des symptômes qui caractérisent les fièvres graves? Les

différents tissus ne peuvent guère recevoir un sang ainsi altéré, sans s'éloigner plus ou moins de leur état physiologique. Lorsque des animaux succombent après que des substances vénéneuses ont été injectées dans leurs veines, n'est-ce pas le sang qui porte dans tous les tissus la cause de la mort? Au lieu de déverser un mépris absolu sur les anciennes théories humorales, il serait peut-être plus philosophique de méditer les faits sur lesquels reposent ces théories, d'en discuter la valeur, et de chercher à en constater la réalité. Ce ne serait pas la première fois qu'une opinion, rangée parmi les erreurs, serait redevenue une vérité. Qui oserait garantir que nos théories actuelles ne seront pas aussi à leur tour condamnées au ridicule ou à l'oubli?

XCII[e] OBSERVATION.

Une femme, âgée de vingt-un ans, domestique, tempérament lymphatico-sanguin, habitant Paris depuis six mois, plongea ses mains dans de l'eau glacée, le 25 décembre 1820, pendant la période menstruelle. Celle-ci ne se supprima pas. Cependant, dès ce moment, la santé de cette femme se dérangea : céphalalgie, chaleur de la peau, soif. Elle continua à travailler jusqu'au 10 janvier. La malade entra alors à la Charité; le 11, elle présenta l'état suivant.

Céphalalgie, langue blanchâtre, soif, pas de selle depuis six jours, respiration un peu gênée, fièvre, faiblesse générale. (*Dix sangsues à la partie supérieure interne des cuisses, lavement purgatif, tisane d'orge.*)

Le 12, pas de changement. — Le 13, l'ouïe était devenue dure, les idées étaient embarrassées, le pouls fréquent et petit, la peau peu chaude, le ventre ballonné, la langue pâle tendait à se sécher. (*Tisane d'orge.*)

La malade délira dans la nuit du 13 au 14. Le 14, la surdité avait augmenté, le trouble des idées, l'embarras de la parole, la tendance au coma, étaient plus prononcés, la face exprimait la stupeur, les yeux restaient fermés, la langue sèche avait rougi sur ses bords, la constipation persistait, le pouls conservait sa grande fréquence et sa petitesse. (*Deux vésicatoires aux jambes, lavement de camomille avec addition d'un scrupule de camphre, fomentations d'huile de camomille camphrée sur le ventre, une pinte d'infusion aqueuse de quinquina édulcorée avec deux onces de sirop d'écorce d'orange amère, infusion de violette gommée, un bouillon, une tasse de vin.*)

Peu de temps après l'application des vésicatoires, la figure se ranima, les yeux s'ouvrirent, le pouls devint plus fréquent et plus dur, la température de la peau s'éleva, la respiration s'accéléra, des soubresauts des tendons apparurent. Ces symptômes d'excitation ne furent que momentanés; la nuit fut plus calme que la précédente.

Dans la matinée du 15, la respiration était courte, accélérée; la malade toussait fréquemment, sans expectorer; un son mat existait à la partie antérieure droite du thorax depuis la clavicule jusqu'à la mamelle; quinze sangsues furent appliquées sur cette partie; d'ailleurs, même prescription.

Dans la journée, du dévoiement s'établit (*sept à huit selles*); deux vers lombrics furent vomis, un délire complet eut lieu pendant la nuit.

Le 16, la langue s'était humectée et avait repris un aspect tout-à-fait naturel; cependant l'air de stupeur devenait de plus en plus marqué, la malade ne répondait qu'avec beaucoup de peine aux questions; le pouls se déprimait avec une extrême facilité; sa grande fréquence n'était pas en rapport avec la température très peu élevée de la peau; mêmes symptômes du côté de la poitrine. (*Vésicatoire sur l'endroit mat, lavement de camomille avec une once de quinquina, une demi-once de serpentaire de Virginie, et un scrupule de camphre, frictions aromatiques sur les membres, infusion de quinquina, infusion de bourrache et de violette avec addition de deux gros d'acétate d'ammoniaque.*)

Dans la journée, plusieurs évacuations alvines involontaires eurent lieu. La malade cessa de parler et de répondre; la prostration devint extrême.

Le 17, face pâle, décolorée, yeux éteints, peau froide, pouls très fréquent, filiforme, respiration haletante, décubitus sur le côté droit; la langue aperçue au fond de la bouche, parut humide et d'une bonne couleur; la surface des vésicatoires était brune. (*Frictions sur les membres et l'abdomen avec le liniment volatil cantharidé et le baume de Fioraventi, un vésicatoire à la nuque, suppression du lavement, mêmes boissons, une tasse de vin, un bouillon.*)

Morte à midi, du vingt-troisième au vingt-quatrième jour de la maladie.

Ouverture du cadavre, faite 20 heures après la mort.

Crâne. Le cerveau et ses membranes étaient pâles, leur consistance ordinaire; une cuillerée à café de sérosité limpide existait dans chaque ventricule.

Thorax. Le lobe supérieur du poumon droit était hépatisé en rouge dans toute son étendue.

Abdomen. La paroi abdominale était unie au bord tranchant du lobe gauche du foie par une bride de tissu cellulaire longue d'un pouce.

L'estomac, rempli d'un liquide verdâtre, était fortement injecté dans son grand cul-de-sac.

L'intestin grêle contenait un liquide d'un brun foncé. Vers la fin de l'iléum, on voyait sur la muqueuse de petites pustules coniques qui étaient plus confluentes dans le cœcum, puis devenaient plus rares, et disparaissaient dans la portion ascendante du colon. Elles étaient rouges, larges d'une ligne à leur base, et ayant aussi environ une ligne de hauteur. Le sommet de plusieurs de ces pustules présentait une solution de continuité; dans les unes ce n'était qu'une légère érosion; dans d'autres l'ulcération était plus prononcée: on la voyait s'étendre progressivement du sommet à la base de la pustule; en quelques points celle-ci avait cessé entièrement d'exister, et à sa place se montrait un petit ulcère à fond rouge, à bords irrégulièrement découpés et peu élevés.

Enfin, immédiatement au-dessus de l'iléum et dans le cœcum, apparaissaient plusieurs larges plaques de forme ovale, faisant au-dessus du niveau de la muqueuse une assez forte saillie. Là où elles existaient, les parois de l'intestin avaient acquis une épaisseur assez considérable pour qu'on pût reconnaître ces plaques à l'extérieur. Une matière, comme pultacée, d'un gris jaunâtre, recouvrait leur surface, et y adhérait intimement. Au-dessous de cette matière existait un tissu dur, rugueux et d'un rouge livide, formé par le tissu cellulaire sous-muqueux.

Les ganglions mésentériques étaient très volumineux et rouges.

Nous ne chercherons point à déterminer jusqu'à quel point l'immersion prolongée des mains dans l'eau froide pendant l'époque menstruelle put être une des causes du dérangement de la santé. Au malaise général assez léger qui suivit cette immersion, succéda, au bout de quelques jours, un véritable état morbide qui força la malade à suspendre ses occupations. Lorsqu'elle fut soumise à notre examen, l'on n'observait aucun symptôme local bien tranché; dès lors l'abattement dans lequel elle était plongée était plus considérable qu'il n'aurait dû être d'après la date assez récente de la maladie, et la bénignité des autres symptômes. Cependant rien de décidément grave n'existait encore; deux jours après, la dureté de l'ouïe marqua le début des symptômes ataxo-adynamiques dont l'intensité fut dès ce moment toujours croissante. Une réaction forte, mais passagère, suivit l'application des vésicatoires. Les toniques, qui furent administrés en boisson et en lavement, paraissaient spécialement indiqués par la faiblesse du pouls, le peu de chaleur de la peau, la teinte plombée de la face et l'affaissement considérable des traits. Pendant que l'infusion de quinquina et le vin étaient portés sur la muqueuse gastrique, la langue, qui s'était séchée sans presque rougir, revint à son état naturel, et en même temps une diarrhée assez abondante remplaça la constipation. Cette diarrhée marqua vraisemblablement l'époque à laquelle les pustules intestinales commencèrent à s'ulcérer. Nous avons pu

suivre ces pustules dans leurs divers degrés de destruction, depuis la simple érosion de leur sommet jusqu'à leur transformation en une ulcération plus ou moins large, comme dans les deux observations précédentes. Plusieurs points de l'intestin étaient frappés de gangrène, lorsque la malade succomba; les vésicatoires étaient aussi sur le point de se mortifier. Une médication tonique n'était-elle pas réclamée par ce double état des intestins et de la peau? Ne négligeons pas de noter que, dès le moment où les symptômes d'adynamie apparurent, l'on chercha à réveiller l'action de la peau par des frictions stimulantes. On ne saurait trop en recommander l'emploi dans des cas semblables.

L'inflammation du lobe supérieur du poumon droit fut une complication presque nécessairement mortelle; aucune expectoration caractéristique n'annonça cette phlegmasie; la dyspnée la fit soupçonner; la percussion en rendit l'existence non douteuse et en révéla le siége. Quel praticien eût été assez hardi pour la combattre par une saignée générale?

XCIIIe OBSERVATION.

Un charpentier, âgé de vingt-six ans, d'une forte constitution, habitant un lieu humide, éprouva des chagrins et surtout beaucoup de fatigue au commencement de l'année 1820. Vers le 15 octobre de la même année, il fut pris, sans cause connue, de lassitudes spontanées, de douleurs dans les reins et les membres; il perdit l'appétit. Ces symptômes persistèrent les jours

suivants. Il eut régulièrement des frissons tous les jours vers deux heures de l'après-midi; ils étaient remplacés par une forte chaleur, qui n'était pas suivie de sueurs. Cet homme consulta plusieurs médecins qui lui firent prendre un vomitif et deux purgatifs; ensuite il but une tisane amère. Il a une diarrhée abondante depuis le jour où il a pris un vomitif. Entré à la Charité le 1[er] novembre, on lui pratiqua sur-le-champ une saignée de deux palettes, et on appliqua vingt-quatre sangsues à l'anus.

Le 2 novembre, le sang tiré la veille était recouvert d'une couenne peu épaisse; le malade présenta l'état suivant : lassitudes générales, insomnie, tintements d'oreille, narines sèches, bouche amère, langue jaunâtre, tendant à la sécheresse sans rougeur; peu de soif, anorexie, abdomen souple, un peu douloureux à la pression; cinq selles très liquides, respiration large et facile, parole brève, pouls plein et fréquent, peau un peu moite. Les frissons quotidiens indiquaient l'existence d'une fièvre rémittente, qui fut combattue par une infusion aqueuse de quinquina édulcorée avec le sirop de coin. (*Bourrache, orge, sinapismes aux jambes.*)

Le frisson manqua complétement. Le lendemain matin, il y avait une amélioration sensible; le malade avait dormi, sa langue s'était humectée; pouls moins fréquent, douce chaleur de la peau, ventre souple et indolent. persistance de la diarrhée. (*Même prescription.*)

Cette amélioration ne fut que passagère, et le 4 les symptômes les plus graves existaient. Air de stupeur, prostration portée déjà à un très grand degré; langue

sèche et noire, soif vive, ventre indolent, deux selles seulement, pouls très fréquent. (*Deux vésicatoires aux jambes, frictions sur les membres avec l'alcool camphré; mêmes boissons, et de plus, la limonade minérale et une tasse de vin.*)

Dans l'après-midi, le malade commença à délirer; il tint, pendant toute la nuit, les propos les plus incohérents. Dans la matinée du 5, le délire persistait; les autres symptômes n'avaient pas changé. (*Quatre sangsues furent appliquées derrière chaque oreille, et deux vésicatoires furent placés aux cuisses.*)

Le 6, même état. (*Application de huit autres sangsues au cou.*)

Le 7, délire moindre, mais affaissement extrême; décomposition des traits, sensation d'une vive douleur aux lombes, soif ardente, langue noire, ventre ballonné, indolent, cinq à six selles liquides rendues dans le lit; peau sèche et chaude, pouls très fréquent, assez résistant. (*Mêmes boissons; troisième application de sangsues au cou.*)

Le 8, la face exprimait l'abattement le plus profond; la respiration était très accélérée, la langue visqueuse, moins sèche que les jours précédents, le ventre ballonné, l'intelligence complétement perdue.

Mort le 9, à cinq heures du matin.

Ouverture du cadavre faite trente heures après la mort.

Crâne. Une sérosité trouble, lactescente, existait en petite quantité dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la face supérieure des deux hémisphères cérébraux. La substance cérébrale, de consistance ordinaire, était

piquetée de points rouges; un sang noir et liquide distendait fortement les sinus de la dure-mère; une cuillerée à café de sérosité limpide existait dans chacun des ventricules latéraux.

Thorax. Cœur fort, proportionné à la taille du sujet et au développement du système musculaire. Les deux poumons étaient d'un rouge livide à leur partie postérieure et à leur base; ils étaient engoués par une énorme quantité de sérosité rougeâtre; leur tissu était crépitant, mais d'une mollesse extrême; il se réduisait en une sorte de pulpe sous le doigt qui le pressait.

Abdomen. L'estomac était médiocrement distendu par un liquide brunâtre et par des gaz; sa surface interne était d'un blanc grisâtre dans toute son étendue, excepté le long de la petite courbure, où l'on observait deux ou trois bandes rouges, qui, sans affecter de forme régulière, se prolongeaient du cardia aux environs du pylore. En plaçant cette partie de l'estomac entre la lumière et l'œil, on apercevait distinctement une foule de vaisseaux qui se ramifiaient, et entre eux beaucoup de petits points rougeâtres qui semblaient formés par du sang épanché.

Examinés à l'extérieur, l'intestin grêle et le gros intestin présentaient un grand nombre de plaques d'un rouge vermeil, offrant, terme moyen, de deux à trois travers de doigt de longueur, sur un ou deux au plus de largeur. Ces plaques étaient formées par des vaisseaux ramifiés, autour desquels existaient des points rouges; elles avaient leur siége dans le tissu cellulaire qui unit la membrane péritonéale à la musculaire; la portion de muqueuse qui leur correspondait n'était point altérée.

Examiné à l'intérieur, l'intestin grêle était sain dans les quatre cinquièmes supérieurs. Le cinquième inférieur, dur et comme bosselé au dehors, présentait en dedans de nombreuses élevures, de forme ovale ou irrégulièrement circulaire, couvertes d'une sorte de *détritus* d'un gris jaunâtre, qu'on enlevait en raclant avec le scalpel. Au-dessous de ce détritus, l'on trouvait un tissu dur, d'un rouge violacé, paraissant formé par le tissu cellulaire sous-muqueux considérablement épaissi. Parmi ces élevures, les plus étendues avaient jusqu'à trois et quatre pouces de diamètre en tout sens; les plus petites avaient à peine deux à trois lignes. Dans les intervalles qu'elles laissaient entre elles, la muqueuse était fortement injectée. Près de la valvule iléo-cœcale, et sur cette valvule même, elles étaient tellement rapprochées, qu'elles ne formaient plus qu'une seule masse bosselée et rugueuse, d'un gris jaunâtre. Cette altération finissait brusquement à l'entrée du cœcum. La surface interne de ce dernier intestin était très rouge, ainsi que celle du colon ascendant. Ces deux intestins étaient remplis par un mucus rougeâtre, comme sanguinolent; la muqueuse du reste du gros intestin était très blanche.

Lorsque le malade entra à l'hôpital, il éprouvait chaque jour un redoublement avec frisson initial, qui détermina M. Lerminier à administrer le quinquina; la fièvre cessa en effet d'être rémittente. Le malade fut mieux pendant quelques jours; puis un état plus grave se manifesta tout à coup. Les nouveaux accidents qui se déclarèrent alors semblèrent avoir leur principal point de départ

dans le cerveau. Ils furent combattus par des applications réitérées de sangsues au cou. L'on trouva effectivement dans le cadavre des traces de phlegmasie des méninges.

L'estomac fut trouvé moins malade que ne semblait l'annoncer l'état de la langue; mais la fin de l'intestin grêle était gravement lésée; la gangrène qu'on y observait paraissait avoir été ici le résultat d'un excès d'inflammation.

La constitution forte de l'individu, l'ensemble des symptômes, qui n'étaient pas ceux d'une véritable adynamie, et en particulier l'état du pouls, paraissaient contre-indiquer l'emploi du quinquina.

Notons l'injection par plaques du tissu cellulaire sous-péritonéal des parois de l'intestin. Remarquons aussi l'engouement considérable des poumons, la mollesse extrême de leur tissu, coïncidant avec une forte dyspnée dans les derniers temps de la vie.

XCIVe OBSERVATION.

Un jeune homme de vingt ans environ, entra à l'hôpital avec les symptômes d'une fièvre inflammatoire intense. (*Deux saignées du bras furent pratiquées dans les premières quarante-huit heures.*)

La forte réaction générale qui existait disparut à la suite de cette double émission sanguine; mais un air de stupeur se répandit sur les traits, les idées se troublèrent; la langue brunit et tendit à se sécher; l'abdomen se météorisa; les selles étaient ordinaires. Pendant trois ou quatre jours on ne donna d'abord que l'eau d'orge; mais

sous l'influence de cette médecine expectante, l'affaiblissement devint de plus en plus grand; la sécheresse de la langue augmenta : un délire complet s'établit. Le pouls, assez résistant, était très fréquent, et la peau brûlante. Le 1er novembre, deux vésicatoires furent appliqués aux jambes, et douze grains de camphre furent donnés dans un lavement de guimauve.

Le 2 et le 3, l'intelligence fut plus nette; mais l'état adynamique faisait des progrès. Des évacuations alvines involontaires avaient lieu fréquemment; la peau avait perdu sa chaleur; la face était immobile et plombée; les yeux à demi fermés; des croûtes noires couvraient la langue, les lèvres et les dents. (*Limonade minérale; limonade vineuse; infusion aqueuse de quinquina; embrocations d'huile de camomille camphrée sur le ventre.*)

Le lendemain 4, le malade était dans un état demi-comateux. Il répondait cependant d'une manière assez nette, mais en balbutiant. Il accusait des douleurs abdominales, que la pression augmentait; le pouls était très fréquent, encore assez peu déprimable; la chaleur de la peau n'avait point augmenté; la langue présentait le même aspect; d'abondantes selles, rendues involontairement, avaient eu lieu; le ballonnement du ventre persistait. (*Même prescription.*)

Du 4 au 12, l'immobilité des traits, le teint plombé, la faiblesse de l'intelligence sans délire proprement dit, l'affaissement général, devinrent chaque jour plus prononcés. L'encroûtement noir de la langue, le ballonnement du ventre, la diarrhée, persistèrent; le pouls, qui conservait toujours de la force, devint de plus en plus

fréquent. Nous comptâmes successivement du 9 au 13 cent huit, cent douze, cent quatorze, cent vingt, cent trente-une pulsations.

Le 14, les battements artériels étaient tellement précipités qu'ils ne pouvaient plus être comptés. Leur force persistait. La respiration était devenue haute, précipitée; la face était cadavéreuse; lorsqu'on pressait fortement l'abdomen, quelques sons inintelligibles et prononcés d'une voix éteinte s'échappaient de la bouche du malade. Il succomba dans la journée. Le même traitement avait été continué; de nouveaux vésicatoires avaient été appliqués aux cuisses.

Ouverture du cadavre.

Intégrité des organes du crâne et du thorax. Sang noir liquide dans le cœur et dans les gros vaisseaux.

Abdomen. La surface interne de l'estomac présentait dans le grand cul-de-sac une injection qui n'était point assez considérable pour enlever aux parois de l'organe leur transparence accoutumée. Cette injection résidait à la fois et dans le tissu lamineux, et dans la muqueuse elle-même. Celle-ci avait conservé sa consistance et son épaisseur ordinaire.

L'intestin grêle, ouvert dans toute son étendue, ne présenta ni rougeur ni aucune autre lésion.

Immédiatement au-dessous de la valvule iléo-cœcale, existait une ulcération assez large pour admettre un écu de trois livres, à bords bruns formés par la muqueuse, et à fond blanc formé par le tissu lamineux non épaissi. Dans toute l'étendue du cœcum et dans le commencement du colon ascendant, la membrane muqueuse était

brune et molle; elle était blanche et bien consistante dans le reste du gros intestin.

Rien de remarquable dans les autres viscères.

Chez cet individu, comme chez plusieurs des malades précédents, l'état de l'estomac était loin d'être en rapport avec l'état de la langue. Le reste du canal digestif était infiniment moins lésé que chez d'autres qui avaient présenté cependant à peu près le même ensemble de symptômes. Ainsi voilà encore un cas où l'intensité de l'altération des organes ne répond point à la gravité de la maladie. Après deux larges émissions sanguines, pratiquées au début, l'on vit un état adynamique succéder assez rapidement à l'état de réaction générale; l'adynamie augmenta sous l'influence d'une simple médecine expectante; les toniques donnés ensuite ne furent pas plus efficaces. Que dire de la résistance que le pouls offrit jusqu'au dernier moment, et qui semblait en désaccord avec l'ensemble des autres symptômes? Cette seule circonstance devait-elle être un obstacle à l'administration des toniques? Sa fréquence, de plus en plus grande, fut pour nous un indice de la terminaison que devait avoir la maladie.

Il n'y eut du délire que momentanément; il se dissipa, pour ne plus revenir, après que des révulsifs eurent été appliqués sur les extrémités inférieures. Pendant le reste de la maladie, l'on observa plutôt un affaissement qu'une perversion des facultés intellectuelles.

N'oublions pas de faire remarquer que la lésion du cœcum ne se développa qu'à une époque assez avancée de la maladie; car long-temps les selles furent naturelles. Quel

fut donc l'organe où résida jusqu'alors la cause des symptômes?



XCXVe OBSERVATION.

Un serrurier, âgé de vingt-quatre ans, était malade depuis dix jours lorsqu'il entra à la Charité; il avait éprouvé pendant ce temps de la céphalalgie, des lassitudes spontanées, une chaleur brûlante dans tout le corps. Lors de son entrée, il avait une fièvre assez intense; la langue était animée, les selles dans un état naturel, le ventre souple et indolent. D'abord on ne lui donna que des tisanes adoucissantes. Le quatrième jour (8 octobre) douze sangsues furent appliquées à l'anus.

Le lendemain 9, céphalalgie moindre, nuit plus calme, fièvre moindre; langue blanchâtre, rouge seulement à la pointe; deux selles. (*Tisane d'orge.*)

Dans la nuit du 9 au 10, léger délire. — Dans la matinée du 10, un peu d'affaissement; pouls comme rebondissant, de fréquence médiocre; langue couverte d'un enduit jaunâtre. (*Saignée du pied de trois palettes; tisane d'orge.*)

La nuit du 10 au 11 fut meilleure que la précédente. Le 11, les traits de la face étaient relevés, les idées étaient plus nettes, la parole plus libre. Mais une disposition inflammatoire semblait exister à la fois dans plusieurs organes : le malade toussait beaucoup, les yeux étaient rouges ainsi que les lèvres et la langue. La fièvre était peu intense; le pouls conservait le même caractère, il semblait comme rebondir sous le doigt : une nouvelle

saignée parut indiquée ; deux palettes de sang furent tirées d'une des veines du bras ; le sang se rassembla en un caillot mou, sans couenne. (*Bourrache miellée, tisane d'orge oxymélée.*)

Pendant le jour, le malade retomba dans le même état d'affaissement que le 10. La nuit, ses idées se troublèrent de nouveau. Dans la matinée du 12, il répondait avec peine ; sa voix était tremblante. Un commencement de stupeur était empreint sur l'ensemble de sa physionomie. La langue était rouge sur les bords, blanche à son centre ; ventre indolent ; une selle ; pouls de fréquence médiocre ; persistance de la toux. Le cerveau semblait être l'organe spécialement lésé. (*Sinapisme aux extrémités inférieures.*)

Aucun changement n'eut lieu dans la journée ; la nuit, il se déclara un violent hoquet, qui persistait encore dans la matinée du 13 ; même état d'ailleurs. (*Vésicatoire entre les épaules.*)

Le hoquet n'avait pas encore cessé le 14 ; le malade avait déliré la nuit ; ses traits avaient une immobilité remarquable ; ses yeux fuyaient la lumière. La langue bien humectée, ne présentait qu'un peu de rougeur sur ses bords ; l'abdomen commençait à se météoriser ; aucune selle n'avait eu lieu. Le pouls, facilement déprimable, battait quatre-vingt-douze fois par minute ; la température de la peau était à peu près ordinaire. La potion suivante fut prescrite à prendre par cuillerées.

Eau de tilleul, ... trois onces.
Eau de menthe, ... deux onces.
Teinture de musc, ... un gros.

Laudanum, ... *douze gouttes.*
Syrop d'œillet, ... *une once.*

Après que la troisième cuillerée eut été prise, le hoquet disparut.

On donna dans la journée un lavement de camomille avec addition de douze grains de camphre. Le malade but de la limonade minérale et de l'eau rougie.

Le 15, le hoquet n'avait pas reparu. (*Même prescription.*)

Les trois jours suivants, l'état du malade resta stationnaire. (*Mêmes médicaments ; fomentations d'huile de camomille camphrée sur le ventre.*)

Le 19, la potion fut remplacée par quatre bols de camphre et de nitre, contenant chacun six grains de camphre et six grains de nitre, à prendre de trois en trois heures. La langue présentait à peu près son aspect naturel ; l'abdomen avait assez de souplesse ; les selles étaient régulières ; le pouls, facilement déprimable, battait de 90 à 95 fois par minute : les traits ne se relevaient pas.

Le 20 et le 21, l'air de stupeur augmenta sensiblement, sans que les autres symptômes présentassent de changement. (*Infusion aqueuse de quinquina ; limonade minérale, eau d'orge, lavement camphré, frictions aromatiques sur les membres.*)

Le 22, augmentation de la fréquence du pouls (cent quatre pulsations). Même état du reste. (*Même prescription.*)

Dans la nuit, le malade eut, pour la première fois, une sueur abondante ; mais cette sueur était bornée à la face, au thorax, et aux membres supérieurs : elle était

loin d'être critique ; la fréquence du pouls était encore augmentée (cent vingt pulsations) ; la langue tendait à se sécher. (*Même prescription.*)

Le 24, décomposition des traits de la face ; abattement profond ; langue tout-à-fait sèche ; cent quarante-deux battements artériels. (*Vésicatoires aux jambes.*)

Mort le 25 dans la matinée.

Ouverture du cadavre.

Rien de remarquable dans le cerveau et dans ses enveloppes.

Poumons engoués à leur partie postérieure. Cœur flasque, vide de sang.

Abdomen. Des boissons et des gaz distendaient l'estomac. La membrane muqueuse dans la presque totalité de son étendue était rouge et molle ; au-dessous d'elle existait une injection notable du tissu lamineux.

L'intestin grêle était pâle et sans lésion jusque dans l'étendue d'un demi-pied au-dessus de la valvule iléo-cœcale. Dans ce dernier espace, la membrane muqueuse présentait de nombreuses élevures blanches, et entourées d'un tissu également blanc. La surface de ces élevures était comme rugueuse, inégale ; leur forme était oblongue ; leur diamètre égalait celui d'une pièce de vingt sous. La membrane muqueuse prenait une couleur brune dans l'étendue de deux ou trois travers de doigt au plus au-dessus de la valvule. La surface interne du cœcum et du colon ascendant présentait une rougeur livide intense ; le reste du gros intestin, rempli par des matières assez bien liées, était blanc.

Les autres vicères abdominaux étaient sains.

D'importants corollaires peuvent être déduits de cette observation.

La maladie présentant dans son principe l'ensemble des traits d'une fièvre assez légère, fut traitée d'abord par les simples adoucissants. Cependant les symptômes persistèrent ; une application de sangsues à l'anus en diminua l'intensité. Le surlendemain la maladie s'exaspéra de nouveau, et cette fois elle revêtit les caractères d'une fièvre grave : délire, commencement de prostration, etc. Une saignée de pied, pratiquée malgré l'affaissement, eut d'aussi heureux résultats que la première émission sanguine. La disposition inflammatoire générale qui persistait, le succès des deux premières saignées, en fit prescrire une troisième. Mais nous vîmes, à la suite de cette troisième saignée, tous les symptômes s'aggraver d'une manière effrayante ; le système nerveux parut être alors spécialement frappé. Le hoquet fut l'un des effets de ce trouble général. Inutilement combattu par un vésicatoire placé entre les épaules, cet épiphénomène céda à l'usage d'une potion musquée [1] ; cette potion parut avoir, ainsi que les lavements camphrés, une influence non moins favorable sur l'ensemble des autres symptômes nerveux. Bientôt le phénomène qui devint le plus frappant fut l'affaissement général ; c'est alors que le quinquina fut administré sous forme d'infusion aqueuse. Jus-

[1] Les médecins anglais et allemands, qui emploient beaucoup le musc, disent n'en avoir obtenu des effets avantageux qu'à une dose beaucoup plus élevée que celle où on le donne communément en France. Ils l'administrent à la dose d'un ou deux gros dans les vingt-quatre heures. A cette dose seulement, disent-ils, le musc devient un antispasmodique puissant, et un diaphorétique des plus actifs.

qu'à cette époque, la langue était restée à peu près constamment dans son état naturel, et rien n'avait annoncé une phlegmasie de l'estomac. La sueur partielle qui apparut le 23 fut en quelque sorte le prélude d'une nouvelle série de symptômes. La langue rougit et se sécha; la prostration devint tout à coup extrême, et le malade succomba.

La gastrite intense, dont l'ouverture du cadavre démontra l'existence, ne nous paraît s'être formée que trois jours seulement avant la mort; et l'invasion en fut annoncée par le changement que subit l'aspect de la langue. En concentrant toutes les forces sur l'estomac, le quinquina ne fut-il pas une des causes déterminantes de cette gastrite? et sous ce point de vue ne peut-elle pas être comparée aux pleuropneumonies qui compliquent les fièvres graves?

Quelle fut donc la cause matérielle des symptômes infiniment variés que cette maladie présenta dans son cours? La trouverons-nous dans l'exanthème de la fin de l'intestin grêle? Mais nous avons trouvé une altération à peu près pareille chez des individus qui ne présentèrent aucun symptôme de fièvre grave. Trouverons-nous cette cause dans la rougeur du cœcum et du colon ascendant? Mais la même objection ne se reproduit-elle pas encore?

XCVI^e OBSERVATION.

Un garçon cordonnier, âgé de seize ans, d'une faible constitution, n'offrant encore aucun signe de puberté, n'habitait Paris que depuis neuf jours. Il venait de Lor-

raine, et avait fait la route en charrette découverte. Deux jours après son arrivée il sentit de la céphalalgie et du mal de gorge. En même temps anorexie, fièvre; pas de mal de ventre, ni de dévoiement. Après être resté sept jours dans cet état, il entra à la Charité; il offrit alors l'état suivant:

Céphalalgie; face pâle; pupilles fortement dilatées; abattement; paresse dans les mouvements; langue blanchâtre; soif; dégoût profond pour toute espèce d'aliment; nausées fréquentes; léger mal de gorge; ventre bouffe et indolent; pas de selle depuis six jours; fièvre très modérée; respiration libre; poitrine sonore; douleur vive par la pression entre la quatrième et la cinquième côte en dehors du sein, dans l'étendue d'un ou deux pouces au plus; décubitus indifférent. (*Vingt sangsues à l'anus; tisane d'orge oximélée.*)

Le lendemain 28 février, prostration; deux selles liquides; même état du reste.

Le premier mars, langue blanche; bouche très mauvaise; haleine fétide; nausées; léger dévoiement; ventre bouffe; pouls à peine fébrile; peau sèche; face pâle, abattue; yeux appesantis; augmentation sensible de la faiblesse générale. (*Dix grains d'ipécacuanha; deux vésicatoires aux jambes; embrocations d'huile de camomille camphrée sur le ventre.*)

Le malade vomit un peu de bile, et alla une fois à la selle dans les vingt-quatre heures.

Le 2 mars, la langue était aussi chargée, la bouche aussi mauvaise; la douleur de côté ne se faisait plus que très légèrement sentir par une forte pression. Mais le malade se décourageait; il avait eu du délire pendant la

nuit ; la prostration faisait des progrès ; les traits de la face s'altéraient sensiblement ; le ventre très gros était douloureux à la pression ; le pouls était devenu très fréquent, et se déprimait facilement ; la peau était sèche et chaude. (*Six sangsues derrière chaque oreille ; embrocations d'huile d'amandes douces sur l'abdomen ; fomentations émollientes ; tisane d'orge édulcorée.*)

Beaucoup de sang s'écoula des piqûres des sangsues. Une seule selle eut lieu jusqu'au lendemain matin.

Dans la journée du 3, le malade commença à délirer ; la nuit, il fut très agité.

Dans la matinée du 4, la face abattue et très pâle exprimait l'anxiété ; le malade ne répondait qu'avec beaucoup de peine aux questions ; les idées n'étaient lucides que par intervalles ; il poussait des cris aigus dès qu'on pressait légèrement l'abdomen ; la douleur paraissait alors assez vive pour qu'on pût soupçonner une péritonite ; la langue était humide et jaunâtre ; aucune selle n'avait eu lieu. (*Tisane de lin ; lavements émollients ; fomentations émollientes.*)

Cris et délire dans la nuit du 4 au 5. — Le 5, le délire persistait ; les traits se décomposaient ; l'œil était terne, à moitié recouvert par la paupière supérieure. La pression de l'abdomen excitait des plaintes ; le pouls était très fréquent et faible, la peau chaude et aride ; la langue conservait son humidité ; le malade toussait beaucoup.

Le 6, même état ; dilatation extrême des pupilles, qui se resserraient à peine par le contact de la lumière.

Le 7, face cadavéreuse ; langue, pour la première fois, sèche et couverte d'un enduit brunâtre ; les facultés

intellectuelles paraissaient anéanties ; le pouls était filiforme, d'une fréquence extrême, la peau moite pour la première fois; ventre souple; pas de selle ; respiration accélérée ; toux ; râle sibilant en avant des deux côtés.

Mort dans la soirée.

Ouverture du cadavre.

Rien de remarquable dans le cerveau ni dans ses enveloppes.

Fort engouement de la partie postérieure des deux poumons, surtout du droit; cœur vide de sang, ainsi que les artères.

Surface interne de l'estomac généralement blanche; injection peu considérable de la membrane muqueuse dans une petite étendue du grand cul-de-sac.

Assez vive rougeur de la muqueuse duodénale ; rien de remarquable dans les trois quarts supérieurs de l'intestin grêle; soixante ascarides lombricoïdes dans le quart inférieur; dans cette portion existaient de nombreuses élevures, irrégulièrement arrondies ou ovalaires, blanches, saillant d'une à deux lignes au-dessus du niveau de la muqueuse, et dont le diamètre variait depuis celui d'une petite tête d'épingle jusqu'à celui d'une pièce de deux francs. Elles étaient formées par la membrane muqueuse épaissie. Celle-ci était blanche autour d'elles; des vers tricocéphales existaient en grande quantité dans le gros intestin, qui était blanc; des points noirs agglomérés, tels que nous les avons précédemment décrits, parsemaient la muqueuse de l'appendice vermiculaire du cœcum.

Lorsque ce malade entra à la Charité, l'on n'observait chez lui qu'une faiblesse générale, une sorte de langueur de la plupart des fonctions. Il présentait assez bien cet ensemble de symptômes qui a été décrit sous le nom de fièvre muqueuse. Comme cause de cet état, l'on trouvait la fatigue d'un voyage long et pénible, et vraisemblablement l'usage de mauvais aliments. Au bout de quelques jours, et au milieu des progrès de l'affaiblissement général, le pouls, à peine fréquent jusqu'alors, s'accéléra; du délire se manifesta, par intervalles d'abord, puis d'une manière continue, et le malade succomba dans un état ataxo-adynamique. Dans le principe, des sangsues furent appliquées à l'anus. Les signes bien dessinés d'embarras gastrique furent combattus par un vomitif. Plus tard des vésicatoires furent appliqués aux jambes. On chercha à faire cesser le délire par les saignées dérivatives de la région mastoïdienne et du cou. Nous avons vu quelles lésions furent trouvées à l'ouverture du cadavre. Bien que l'estomac ne présentât qu'une injection légère et peu étendue, la langue fut vers la fin sèche et noire.

Les vers peuvent-ils être considérés comme la cause productrice de la maladie à laquelle succomba ce malheureux enfant? Remarquons d'abord que nous avons maintes fois observé un état pareil chez des individus dont les intestins ne contenaient aucun ver. D'autres fois au contraire, nous avons trouvé les intestins remplis d'une grande quantité d'ascarides lombricoïdes chez des malades qui ne nous avaient offert aucun des symptômes présentés par celui-ci.

Est-ce du moins à la présence des vers qu'il faut attri-

buer plusieurs des symptômes, tels que l'extrême dilatation des pupilles qui persista depuis le moment de l'entrée du malade jusqu'à sa mort, la paleur livide de la face et du pourtour des orbites, la fétidité de l'haleine, le développement de l'abdomen, son extrême sensibilité, surtout dans les derniers temps? Déjà d'ailleurs nous avons vu ce dernier phénomène apparaître dans plusieurs cas de fièvre grave sans qu'il existât de lésion qui en rendît compte. Les malades témoignaient la plus vive douleur, poussaient des cris dès qu'on pressait légèrement le ventre; mais si nous exercions le même degré de pression sur d'autres parties du corps, telles que la poitrine ou les membres, ils ne la supportaient pas mieux. Cet endolorissement général n'est que le résultat d'une exaltation de la sensibilité; chez d'autres individus, au contraire, également atteints de fièvre ataxique, la sensibilité s'abolit au point qu'on peut tordre la peau, la pincer fortement, y enfoncer même des corps acérés, sans que les malades paraissent en ressentir de la douleur.

Est-ce encore aux vers que nous attribuerons le point pleurétique assez violent dont se plaignit le malade dans les premiers temps, et même la toux qui le tourmentait? Morgagni, *irrefragabilis auctor,* comme l'appelle Haller, a rapporté l'histoire d'un jeune homme qui, atteint d'une toux violente, et d'une vive douleur dans l'un des côtés de la poitrine, en fut délivré après qu'il eut vomi un ver lombric. Ce fait ne doit être admis qu'avec une certaine réserve. Il n'est pas douteux cependant que la plupart des symptômes de la phthisie pulmonaire peuvent être simulés par la présence du tœnia.

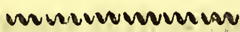
Au reste, il est peu de maladies, surtout chez les en-

fants, dont on n'ait cru pouvoir regarder les vers comme la cause. Klein a dit : *Nullum tam peregrinum est symptoma, tamque* δαιμωνιακὸν, *quod vermes excitare non possint.* On lit dans les auteurs de nombreux exemples de paralysies, d'états comateux, d'asthmes, de palpitations de cœur, de toux opiniâtres, d'épilepsies, de convulsions hystériques, dus à cette cause. Il n'est pas jusqu'au tétanos qui n'ait été considéré comme le résultat de la présence des vers dans le canal intestinal. Dès le temps d'Alexandre de Tralles, on disait que, lorsque les vers passaient de l'intestin grêle dans l'estomac, ils donnaient naissance à d'atroces cardialgies, à des syncopes, et qu'une mort subite en était quelquefois le résultat.

Il faut avouer que de pareilles observations deviennent d'autant plus rares que l'anatomie pathologique est plus généralement et plus soigneusement cultivée. Mais, tout en nous méfiant de la réalité de ces faits extraordinaires, gardons-nous d'en nier la possibilité. Une hémiplégie causée par les vers ne nous paraîtrait pas un phénomène plus incroyable que la paralysie consécutive à l'introduction des particules de plomb dans les voies digestives. Or rien n'est malheureusement plus réel et plus commun que cette dernière espèce de paralysie. Les symptômes causés par les vers doivent d'ailleurs beaucoup varier selon leur nature, leur nombre, leur vie plus ou moins active, leur mobilité plus ou moins grande, leur contact plus ou moins immédiat avec la membrane muqueuse, leur situation dans telle ou telle partie du tube digestif, l'énergie des sympathies de l'individu, sa susceptibilité nerveuse, etc. Parmi les médecins, disait de Haen, les uns font jouer aux vers un rôle trop impor-

tant dans la production des maladies, et les autres n'y font pas assez d'attention.

Chez notre malade, les portions de muqueuse en contact avec les vers étaient très blanches. D'autres fois, nous avons trouvé ces animaux plongés au milieu d'un mucus sanguinolent, et la muqueuse fortement enflammée autour d'eux.



XCVII^e OBSERVATION.

Un maçon, âgé de seize ans, d'une faible constitution, avait du dévoiement depuis trois semaines, lorsqu'il entra à la Charité (4 septembre 1820). Depuis plusieurs jours il s'était alité. Il avait gardé la diète et bu de l'eau d'orge. Nous le trouvâmes dans l'état suivant :

Face un peu abattue; paresse dans les mouvements; réponses lentes; langue blanche, un peu sèche, rouge à la pointe; anorexie, soif médiocre; bouche pâteuse; ventre indolent, mais ballonné; plusieurs selles liquides dans les vingt-quatre heures, pouls fréquent et de force ordinaire; peau chaude. (*Eau de riz avec le sirop tartareux; lavement émollient; trois bouillons.*) Le malade alla plusieurs fois à la selle. Il délira pendant la nuit.

Dans la matinée du 6, langue rouge et un peu sèche, soif vive, ventre toujours indolent et ballonné; même état du pouls et de la peau. Le délire reparut la nuit.

Le 7, même état. (*Deux vésicatoires aux cuisses.*) Ils n'empêchèrent pas le délire d'être très violent dans la nuit du 7 au 8; cinq selles liquides, très abondantes, eurent lieu.

Le 8, assoupissement, mais intégrité de l'intelligence ; amaigrissement de la face ; altération profonde des traits ; continuation du dévoiement ; pouls petit, plus fréquent ; peau peu chaude. (*Vésicatoire sur l'abdomen ; boissons et lavements émollients ; bouillons en petite quantité.*)

Dans la soirée et toute la nuit le malade délira encore.

Le 9, les yeux restaient fermés et s'ouvraient lentement lorsqu'on parlait au malade. Les réponses étaient lentes et incertaines ; l'altération des traits avait augmenté. Langue sèche, d'un rouge vif à sa pointe ; pouls petit, médiocrement fréquent ; peau sans chaleur ; pâleur de la surface du vésicatoire de l'abdomen. (*Décoction de riz ; potion composée ainsi qu'il suit :*

Eau de tilleul. . . . . quatre onces.
Eau de menthe. . . . . une once.
Diascordium. . . . . un gros.
Extrait mou de kina. . . . demi-gros.
Sirop d'œillet. . . . . une once.

Retour du délire pendant la nuit.

Le 10, face cadavéreuse ; réponses lentes, mais justes ; parole embarrassée ; langue sèche ; lèvres fuligineuses ; diarrhée moindre ; respiration accélérée, suspirieuse ; pouls petit, peau plus chaude que la veille. Le malade conservait encore assez de force pour se placer sur son séant. Il succomba à six heures du soir.

Ouverture du cadavre faite quatorze heures après la mort.

Une quantité notable de sérosité limpide existait à la base du crâne ; les ventricules n'en contenaient point. Rien autre chose de remarquable dans l'appareil nerveux.

Le lobe inférieur du poumon gauche était en hépatisation rouge. Ce même lobe présentait en arrière des taches noirâtres, des sortes d'ecchymoses qui n'existaient qu'à la superficie du viscère.

L'estomac était blanc dans toute son étendue, ainsi que les deux tiers supérieurs environ de l'intestin grêle. La partie supérieure du tiers inférieur était injectée, et présentait d'espace en espace des plaques plus rouges. Plus bas, l'on observait des ulcérations nombreuses à bords élevés et arrondis. Les plus petites auraient pu à peine recevoir une tête d'épingle ordinaire; les plus considérables offraient à peu près la largeur d'une pièce de trente sous; le tissu lamineux, qui en formait le fond, était considérablement épaissi, d'un rouge livide dans les unes, présentant dans les autres une teinte d'un gris brunâtre qui semblait le produit de la gangrène. Ces ulcérations étaient d'autant plus rapprochées et d'autant plus étendues qu'on les observait plus près de la valvule iléo-cœcale. Les portions de membrane muqueuse qui les séparaient étaient injectées. La surface interne du cœcum offrait une teinte rouge livide très foncée. La membrane muqueuse du colon dans toute son étendue et celle du rectum étaient aussi injectées et présentaient d'espace en espace des plaques plus rouges.

La rate était très volumineuse et très dense.

Les divers symptômes observés chez ce malade eurent évidemment leur premier point de départ dans l'inflammation des intestins. Lorsqu'il entra à la Charité, il était déjà profondément épuisé par le dévoiement abon-

dant qu'il avait depuis trois semaines ; il s'affaiblit de plus en plus, et nous le vîmes succomber au milieu d'un état adynamique avec lequel contrastait l'excitation cérébrale qui, chaque nuit, était annoncée par du délire. On ne chercha d'abord qu'à calmer l'irritation intestinale par un traitement purement émollient ; il fut sans effet ainsi que les vésicatoires appliqués sur les extrémités inférieures et sur l'abdomen. L'intensité des lésions dont l'intestin grêle était le siége explique l'insuffisance de ces divers moyens. Lorsque l'adynamie fut portée au dernier degré, M. Lerminier pensa que la phlegmasie intestinale n'était plus que secondaire, et que ce n'était plus qu'en relevant les forces qu'on pouvait espérer d'arracher le malade à la mort. Ce nouveau mode de traitement ne fut employé que quarante-huit heures avant le terme fatal. L'état sain de l'estomac, démontré par la nécroscopie, était une circonstance favorable à l'emploi des toniques. N'oublions pas de faire ressortir l'état comme gangréneux dont plusieurs des ulcérations paraissaient frappées.

Enfin, l'ouverture du cadavre nous révéla l'existence d'une pneumonie latente, qui ne fut annoncée que par la respiration accélérée du dernier jour.

XCVIII^e OBSERVATION.

Un mégissier, âgé de vingt-un ans, tempérament lymphatico-sanguin, habitant Paris depuis deux mois, a du dévoiement depuis trois semaines. Pendant les huit premiers jours, il eut sept à huit selles dans les vingt-quatre heures. Il ressentit alors de légères douleurs ab-

dominales. Les huit ou dix jours suivants, il n'eut plus que trois à quatre selles par jour. Depuis cinq jours, sans cause connue, le dévoiement a reparu aussi fort qu'au commencement. Depuis deux jours, tête pesante, peau chaude, malaise général.

État du malade à l'époque de son entrée (10 mai 1820). Céphalalgie, face rouge et animée; œil brillant; facultés intellectuelles, sensoriales et locomotrices intactes; gaieté; langue rouge et sèche, soif vive, ventre souple et parfaitement indolent; neuf selles depuis vingt-quatre heures; pouls fréquent et plein, peau brûlante. (*Tisane d'orge gommée; potion gommeuse avec addition d'un gros de diascordium.*)

11 mai. Disparition de la céphalalgie. Le malade se trouve très bien. Dix selles; face calme, moins colorée; persistance de la sécheresse et de la rougeur de la langue, ainsi que de la fièvre. (*Trente sangsues à l'anus.*)

12. Six selles; même état du reste. (*Quinze sangsues à l'anus.*)

13. Le pouls conserve sa fréquence et la peau sa chaleur; mais la langue est devenue humide. Quatre selles seulement ont eu lieu. (*Orge, diascordium.*)

14. Tristesse, inquiétudes. (Son voisin avait eu toute la nuit un violent délire qui l'avait effrayé.) Altération des traits, air de stupeur; couleur plombée de la face; réapparition de la sécheresse de la langue. Six selles; même état du pouls et de la peau, toux légère. (*Douze sangsues à l'anus.*)

15. Prostration plus grande; respiration courte; toux pénible et sèche; râle crépitant à gauche en avant au-dessous de la clavicule. (*Quinze sangsues sur ce point.*)

16. Prostration de plus en plus grande ; langue sèche et brune (sept à huit selles) ; pouls très fréquent ; respiration plus libre ; cependant persistance du râle crépitant ; percussion moins sonore là où il se fait entendre.

17. Même état. (*Vésicatoire à une cuisse.*)

18. Gonflement de la parotide droite pendant la nuit. Ce matin, elle n'est que médiocrement tuméfiée ; la peau qui la recouvre est lisse, tendue, sans rougeur ; la pression de la tumeur est douloureuse. Même état d'ailleurs. (*Continuation de la tisane d'orge gommée et du diascordium.*)

19 et 20. Le gonflement de la parotide reste stationnaire ; le son devient tout-à-fait mat au-dessous de la clavicule gauche ; la respiration ne s'y entend plus.

Le 21, la parotide diminue un peu. Cependant, depuis le 18, le dévoiement est devenu chaque jour plus considérable. La prostration n'a cessé de faire des progrès. Changement du traitement le 21. (*Décoction de polygala avec addition de deux onces de sirop de coing pour une pinte ; deux onces de vin de quinquina ; tisane d'orge.*)

Les trois jours suivants, même prescription. Les symptômes adynamiques augmentent : la sécheresse des lèvres, des dents et de la langue, que recouvre un léger enduit fuligineux, persiste ; le dévoiement est aussi abondant ; (huit à dix selles aqueuses en vingt-quatre heures) ; des crachats rouillés et visqueux se montrent ; la respiration paraît libre ; la parotide n'existe plus.

24. Large vésicatoire sur l'abdomen ; celui de la cuisse est séché.

25 et 26. Crachats de la pneumonie au 2e degré.

27. Les crachats toujours visqueux ne sont plus sanguinolents ; ils sont d'un gris sale, et adhérent au vase qui peut être renversé sans qu'ils se détachent. Le malade a eu, pour la première fois, un léger délire hier au soir et cette nuit. Un érysipèle s'est montré autour du nez ; la langue est très sèche et noire ; le dévoiement ne diminue pas. Le malade jouit de toute l'intégrité de ses facultés intellectuelles, il dit se bien trouver. (*Suppression du quinquina ; polygala avec le sirop de coin ; diascordium, limonade minérale, deux bouillons.*)

Le 28, le malade a encore un peu déliré la nuit. Ce matin, réponses lentes, mais justes. Il nous sourit, est plein d'espérance; cependant les traits de la face sont plus profondément altérés; l'érysipèle n'existe plus autour des joues, mais il s'est emparé d'un des côtés du cou ; la langue est très sèche, brune, fendillée; le pouls fréquent et très petit; la peau toujours brûlante; les crachats ont le même aspect que la veille. (*Même prescription.*)

Le 29, assoupissement; la paupière est à moitié abaissée sur la cornée ; mais dès qu'on aborde le malade, et qu'on lui parle, l'œil s'anime, et conserve encore une expression naturelle : l'altération des traits est portée au plus haut degré ; les joues sont profondément excavées, couvertes de cette poussière sale avant-coureur de la mort ; l'œil est enfoncé dans l'orbite, le nez effilé ; les lèvres rétractées et desséchées laissent voir les dents fuligineuses et arides. Cependant, au milieu de cette affreuse décomposition, l'intelligence est conservée toute entière. Cet œil, qui va bientôt s'éteindre, réfléchit encore la pensée ; sur ces lèvres hideuses vient encore se placer un sourire.

Le malade s'éteignit le soir sans agonie.

Ouverture du cadavre, faite trente-six heures après la mort.

Cerveau sain ainsi que ses dépendances.

Cœur sain, vide de sang ; hépatisation rouge du lobe supérieur du poumon gauche.

Abdomen. L'estomac distendu par des gaz ne présente qu'une très légère injection de sa membrane interne vers le grand cul-de-sac. La muqueuse du duodénum et des deux cinquièmes supérieurs environ de l'intestin grêle est généralement blanche, la muqueuse des trois cinquièmes inférieurs est fortement injectée. La valvule iléo-cœcale et le cœcum sont d'un rouge livide ; le colon ascendant est blanc ; une large plaque d'un rouge foncé s'observe à l'union du colon ascendant et du transverse ; le colon transverse, le colon descendant et l'S iliaque offrent d'espace en espace des plaques rouges peu nombreuses ; la surface interne du rectum est tapissée dans la plus grande partie de son étendue par une matière pultacée, grisâtre, membraniforme, au-dessous de laquelle la muqueuse est rouge et ulcérée en plusieurs points.

Chez ce malade, comme chez le précédent, la maladie eut son point de départ dans l'intestin enflammé ; chez tous deux un affaiblissement profond et enfin mortel fut le résultat de cette inflammation.

Chez tous deux, la diarrhée durait depuis un temps aussi long ; cependant, tandis que, dans la quatre-vingt-dix-septième observation, nous avons vu une prostration assez considérable exister déjà à l'époque de l'entrée du malade, cette prostration n'existait pas encore à cette

époque chez l'autre sujet. Aussi des sangsues purent-elles être appliquées à l'anus : une amélioration sensible suivit cette émission sanguine ; mais bientôt, sous l'influence d'une émotion morale, les symptômes reparurent plus intenses ; et dès ce moment un état adynamique se montra et ne cessa de faire des progrès. On eut de nouveau recours aux sangsues ; mais cette fois aucun bien ne suivit leur double application. A cette époque de la maladie, diverses complications apparaissent : une légère dyspnée et la présence du râle crépitant annoncent l'invasion d'une phlegmasie pulmonaire ; des sangsues appliquées sur le thorax, des révulsifs vésicants, n'en arrêtent pas la marche ; mais (chose remarquable, et peut-être en rapport avec le décroissement journalier des forces), bien que la pneumonie fasse des progrès, la gêne de la respiration disparaît. Sans l'auscultation, et plus tard sans la percussion, on aurait pu croire que l'inflammation du poumon avait cessé. Enfin, après quelques jours de cette singulière intermission de symptômes, la pneumonie s'annonce de nouveau par des crachats caractéristiques.

En même temps apparaît une parotide ; elle se montre le quatorzième jour, à dater de l'invasion présumée de la fièvre ; elle semble n'exercer aucune influence, reste quelques jours stationnaire, puis s'affaisse et disparaît. A peine a-t-elle cessé d'exister, que deux érysipèles se montrent tour à tour, l'un au nez, l'autre au cou ; ils s'évanouissent aussi, avant d'avoir parcouru leurs périodes ordinaires.

Le vésicatoire appliqué sur l'abdomen, le traitement tonique employé à une période avancée de la maladie,

n'eurent pas d'effet plus avantageux que chez le sujet de l'observation quatre-vingt-dix-sept.

Chez celui-ci, des ulcérations nombreuses existaient dans l'intestin grêle ; chez l'autre, il n'y avait qu'une forte rougeur dans une vaste étendue ; mais le rectum était ulcéré, et une sorte de fausse membrane en couvrait la surface. Cette lésion est très rare ; aucun ténesme, aucune douleur, en un mot, aucun des symptômes de la dysenterie, ne l'annoncèrent. Nous voyons ici une nouvelle preuve de l'impossibilité de connaître, d'après la nature des symptômes, quelle portion d'intestin est enflammée, et quelle lésion elle a subie.

XCIX[e] OBSERVATION.

Un jeune homme de dix-huit ans, d'une faible constitution, se nourrissant habituellement bien, et ne paraissant s'être livré à aucun genre d'excès, ressentit, le 15 septembre 1822, de la céphalalgie, un malaise général ; il perdit l'appétit, et présenta, les jours suivants, l'ensemble des symptômes d'une fièvre bilieuse. (*On appliqua douze sangsues à l'anus.*) Le huitième jour, il entra à la Charité. A cette époque, la prostration avait déjà fait des progrès considérables. Le malade interrogé répondait en balbutiant d'une manière à peu près inintelligible ; cependant il paraissait comprendre assez bien les questions qui lui étaient adressées. Il tirait facilement la langue. Il avait eu un délire complet toute la nuit ; un air de stupeur était répandu sur sa physionomie ; les yeux étaient un peu fixes, les pupilles contractées. Langue

rouge à sa pointe et sur ses bords, blanchâtre et sèche à son centre; dents encroûtées, ventre fortement ballonné; constipation opiniâtre depuis le début de la maladie; pouls fréquent, assez dur et résistant; peau chaude et sèche; respiration accélérée.

Les symptômes ataxo-adynamiques s'étaient montrés prématurément chez ce jeune homme. Cependant aucune cause débilitante ne paraissait avoir agi sur lui; la dureté du pouls éloignait l'idée d'une prostration réelle. Dans cet état de choses, M. Lerminier pensa qu'une émission sanguine était indiquée. (*Saignée de six onces, embrocations d'huile de camomille camphrée sur le ventre; lavement; petit-lait tamariné; tisane d'orge.*)

Le lendemain 23, la prostration était plus considérable; le malade interrogé ne faisait même plus effort pour répondre; il avait poussé des cris une grande partie de la nuit. Le pouls, aussi fréquent, avait perdu sa dureté; on le déprimait facilement. La langue avait le même aspect; mais elle *s'accrochait* entre les dents, où le malade semblait l'oublier. Une selle avait eu lieu; le ballonnement du ventre était moindre. Le sang tiré la veille fixa notre attention; il était formé d'un caillot mou, sans couenne, comme dissous.

L'état du malade avait évidemment empiré; le même mode de traitement fut cependant continué. (*Douze sangsues furent appliquées à l'épigastre, et quatre derrière chaque oreille; sinapisme mitigé, dans la soirée, à l'une des jambes; lavement de guimauve; tisane d'orge; mêmes embrocations sur l'abdomen.*)

Le 24, pouls très fréquent et faible, peau brûlante. La vessie, distendue par l'urine, formait, au-dessus

du pubis, une tumeur dure et globuleuse. On fut obligé d'avoir recours à la sonde. Même état d'ailleurs. (*Douze nouvelles sangsues à l'épigastre, et huit au cou.*) Dans la journée, l'intelligence se rétablit un peu; la nuit fut assez calme.

Cette amélioration n'existait plus dans la matinée du 25. La langue, très sèche, s'était fendillée à son centre; le ballonnement du ventre était extrême; une selle. Le malade, les yeux fixes et tournés en haut, la physionomie immobile, semblait plongé dans une sorte d'extase; il prononçait avec peine quelques mots inintelligibles. La peau avait perdu sa chaleur brûlante; le pouls, très fréquent, se laissait facilement déprimer. Escarre au sacrum. (*Douze sangsues à l'épigastre, quatre derrière chaque oreille; même prescription du reste.*)

Le 26, même état à peu près que la veille. Fuliginosités des dents et des lèvres.

Ainsi le traitement antiphlogistique, continué avec persévérance pendant plusieurs jours, n'avait produit aucun effet avantageux. Loin de là, la maladie avait sensiblement empiré chaque vingt-quatre heures, après chaque application de sangsues. Le danger était imminent; le malade allait entrer dans cette dernière période de l'adynamie, où tous les secours de l'art semblent inutiles. M. Lerminier n'hésita pas dès lors à employer les toniques. (*Infusion aqueuse de quinquina avec addition de deux onces de sirop d'écorces d'oranges amères; tisane d'orge; sinapisme mitigé; frictions aromatiques sur les membres; mêmes embrocations sur le ventre.*)

Dès le lendemain 27, nous trouvâmes une amélioration non douteuse; l'état d'extase n'existait plus; le ma-

lade parlait et répondait assez bien ; sa langue s'était humectée ; le ventre était plus souple ; trois selles eurent lieu. (*Même prescription.*)

Dans la journée, de gros boutons rouges, coniques, apparurent sur l'épigastre et à la partie inférieure du sternum. Le lendemain matin 28, ils étaient blancs, varioliformes, semblables à ceux que produit l'emplâtre émétisé ; ils causaient une vive douleur. Le mieux se soutenait ; la langue était humide et blanchâtre, l'intelligence nette, le ventre assez souple, le pouls médiocrement fréquent, la peau sans chaleur. Deux selles. (*Même prescription.*)

Le 29, même état ; persistance de l'éruption, chute de l'escarre du sacrum.

Le 30, il n'y avait plus de symptômes adynamiques ; la face avait repris un aspect naturel ; la langue présentait une belle couleur vermeille. (*Le quinquina fut supprimé ; deux bouillons, une tasse de vin avec de l'eau.*)

Le 1er octobre, apparition aux fesses de boutons semblables à ceux de l'épigastre ; légère épistaxis ; deux selles ; suppuration abondante du petit ulcère du sacrum.

Du 1er au 5 octobre, le pouls perdit peu à peu sa fréquence, les boutons se desséchèrent, l'ulcère du sacrum diminua ; le malade touchait à la convalescence. (*On soutenait ses forces par des bouillons et par un peu de vin.*)

Le 6 octobre, le pouls reprit sa fréquence, et la peau sa chaleur. Cependant toutes les fonctions, soigneusement examinées, ne parurent pas plus lésées que les jours précédents.—Les 7 et 8, persistance de la fièvre.—Le 9, le malade accusa, pour la première fois, une douleur à

l'aine gauche : on y découvrit un abcès considérable; la cause de la fièvre fut dès-lors connue. Cet abcès s'ouvrit spontanément; une quantité considérable de pus s'en écoula; la peau était décollée dans une vaste étendue. (*Infusion de quinquina; vin de quinquina.*) Le malade succomba le 14 octobre, épuisé par cette abondante suppuration.

Ouverture du cadavre.

Crâne. Une partie de la surface convexe de l'hémisphère gauche du cerveau était recouverte par une fausse membrane, d'un blanc mat, dense, épaisse, presque fibreuse, placée hors de la cavité de l'arachnoïde, entre celle-ci et la pie-mère. Une autre fausse membrane semblable était interposée du même côté entre l'arachnoïde et la dure-mère. La substance cérébrale était saine; les ventricules ne contenaient que peu de sérosité.

Thorax. Cœur et poumons sains.

Abdomen. L'estomac, fortement contracté, n'avait, dans presque toute son étendue, que le volume d'un intestin grêle; sa surface interne était généralement blanche, légèrement injectée en quelques points.

Les quatre cinquièmes supérieurs de l'intestin grêle ne présentèrent aucune altération. Dans le cinquième inférieur, la membrane muqueuse offrait, en plusieurs points, une couleur plus brune, une épaisseur un peu plus grande et une surface comme rugueuse. Ces espèces de plaques isolées n'étaient-elles pas les cicatrices d'anciens ulcères ?

Le gros intestin était parsemé d'un assez grand nombre de petites taches, d'un blanc plus mat que le reste

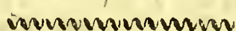
de la muqueuse, arrondies, entourées d'un cercle noir, et marquées d'un point noir à leur centre.

La suppuration de l'aine avait eu son siége primitif dans un ganglion lymphatique; elle avait fusé au loin sous la peau, dont elle avait opéré le décollement dans une grande étendue. Une autre collection purulente non moins vaste existait au-dessous de la peau de l'épigastre, là où avait apparu l'éruption.

Ce malade fut d'abord traité par la méthode antiphlogistique. C'est à l'épigastre et au cou que les sangsues furent plusieurs fois appliquées, selon la doctrine de M. Broussais. Nous avons vu combien furent peu avantageuses ces applications réitérées, et quel changement, aussi heureux que prompt, fut produit par l'administration du quinquina. Vingt-quatre heures après que l'on eut commencé à administrer les toniques, la langue s'humecta, la prostration diminua, etc.

L'éruption varioliforme à l'épigastre et aux fesses, les abcès qui s'établirent spontanément en divers points du corps, la diarrhée légère qui, à cette époque, remplaça la constipation, les épistaxis qui survinrent, peuvent être considérés comme autant d'efforts critiques de la nature. Mais malheureusement l'une de ces crises dépassa le but, si je puis ainsi parler, et entraîna le malade au tombeau, par l'abondante suppuration qu'elle produisit.

Remarquons, comme un fait curieux d'anatomie pathologique, cette fausse membrane qui doublait les deux faces de l'arachnoïde cérébrale de l'un des hémisphères; aucun symptôme n'en avait révélé l'existence.



C^{e} OBSERVATION.

Un homme de cinquante-cinq ans, maigre et d'une chétive constitution, avait joui jadis d'assez d'aisance; mais plongé dans la misère depuis quelques années, il ne vivait que d'une modique pension, qui était loin de pouvoir suffire à ses besoins. Il habitait une très petite chambre près de fosses d'aisance infectes. Cependant il avait toujours joui d'une assez bonne santé, lorsque, vers la fin du mois d'août, il fut pris d'une assez violente angine, après avoir plongé dans l'eau froide ses pieds en moiteur. Des sangsues, appliquées au cou, hâtèrent la résolution de cette angine; mais, depuis cette époque, il resta dans un état valétudinaire. Il ressentit tour à tour de violents maux de tête, de fortes douleurs lombaires, et perdit l'appétit; ses forces diminuèrent. Enfin, le 12 septembre, il fut atteint de diarrhée : elle persista jusqu'au 18, époque de l'entrée du malade à l'hôpital. Pendant ce temps il n'eut pas plus de deux ou trois selles liquides toutes les vingt-quatre heures. Dans la matinée du 17, il présenta l'état suivant :

Affaissement des traits; prostration; langue sèche, brune à son centre; peu de soif; anorexie; ventre indolent; deux selles liquides depuis vingt-quatre heures; pouls fréquent et faible; peu de chaleur à la peau; un peu d'exaltation dans les idées.

Malgré l'aspect adynamique de la face et la couleur brune de la langue, quinze sangsues furent appliquées à l'anus. (*Lavement émollient; tisane d'orge édulcorée.*)

Le lendemain 18, la couleur noire du centre de la langue avait euvahi toute l'étendue de la face supérieure

de cet organe. L'état du malade était d'ailleurs resté le même. (*Orge; lavement émollient.*)

Aucune selle n'eut lieu jusqu'au lendemain matin 19; langue sèche et noire; prostration de plus en plus grande; pouls très faible, fréquent; peau sans chaleur. Cependant, au milieu de l'adynamie générale, les idées conservaient toujours leur exaltation; le malade bavardait beaucoup; il était dans un état voisin du délire.

Il parut indiqué à M. Lerminier de dégorger le cerveau, d'une part; et de l'autre, de relever les forces. Tel fut le but de la prescription suivante. (*Quatre sangsues derrière chaque oreille; deux sinapismes, le soir, autour de chaque jambe; frictions d'alcool camphré sur les membres; lavement avec une once de quinquina et un scrupule de camphre; eau d'orge avec un tiers de vin; limonade minérale.*)

Dans la journée, les idées reprirent leur lucidité; la nuit fut assez calme. Le 20, nous trouvâmes le malade dans un état à peu près semblable à celui de la veille. (*Même prescription, excepté les sangsues.*)

Il lâcha deux ou trois fois sous lui dans les vingt-quatre heures suivantes.

Le 21, même état d'exaltation de l'intelligence; persistance de la sécheresse et de la noirceur de la langue; le pouls était filiforme, la température de la peau ordinaire. (*Deux tasses d'infusion de quinquina avec addition du sirop d'écorces d'oranges amères furent ajoutées à la prescription.*)

Les 22, 23 et 24, l'état du malade ne subit aucun changement sensible; les évacuations alvines, liquides, ne dépassèrent pas le nombre de deux ou trois en vingt-

quatre heures; les mouvements étaient encore libres; le malade prenait de lui-même différentes positions dans son lit. Il se relevait de temps en temps sur son coude, et s'y tenait appuyé. Il était loin d'être encore dans un état désespéré. (*Le même traitement fut continué.*)

Le 26, la langue s'était humectée, et avait perdu en partie l'enduit noirâtre qui la recouvrait; aucun des autres symptômes ne s'était aggravé. Cependant le malade succomba le 27, à une heure du matin.

Ouverture du cadavre, faite trente-deux heures après la mort.

Crâne. Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien était infiltré d'un peu de sérosité.

Le cerveau était assez mou, non injecté, non plus que ses membranes. Deux cuillerées à café environ de sérosité limpide existaient dans chaque ventricule latéral. Rien de remarquable dans les autres parties de l'encéphale.

Thorax. Le poumon droit, adhérent aux côtes par d'anciennes brides celluleuses, était parfaitement sain; il ne présentait pas même d'engouement. Il en était de même de la partie antérieure du poumon gauche; mais en arrière, son tissu, d'un brun foncé, était engoué d'une très grande quantité de sang; il crépitait à peine, et se déchirait en pulpe lorsqu'on le pressait entre les doigts.

Le cœur, bien proportionné, contenait, dans ses cavités droites, un caillot fibrineux blanc, assez consistant, qui occupait à la fois le ventricule et l'oreillette. En pres-

sant ce caillot entre les doigts, on en exprimait une grande quantité de sérosité, et on le transformait en une membrane albumineuse, mince. De semblables caillots existaient dans l'aorte, dont la surface interne était blanche.

Abdomen. L'estomac, un peu recouvert par le foie, était en rapport immédiat, dans le reste de sa face antérieure, avec les parois abdominales; sa surface interne était blanche dans la portion pylorique; mais dans toute l'étendue de la portion splénique apparaissaient de nombreuses ramifications vasculaires, autour desquelles étaient agglomérés des petits points rouges. Groupés en plusieurs endroits en nombre considérable, ils y produisaient une couleur rouge uniforme. Les ramifications vasculaires avaient leur siége dans le tissu lamineux; et les points rouges, dans la membrane muqueuse; de petits vaisseaux injectés les formaient. La membrane, assez épaisse, se détachait partout sans se déchirer. Il nous parut évident qu'une phlegmasie au premier degré existait dans les deux tiers environ de l'estomac.

L'intestin grêle, y compris le duodénum, présentait une couleur blanche, légèrement rosée par intervalles, jusque dans l'étendue d'un pied et demi au-dessus du cœcum. Dans cet espace, la membrane muqueuse présentait une couleur rouge intense, et une épaisseur plus grande que dans son état ordinaire. En trois endroits existaient des élevures oblongues, rouges comme le reste de la membrane, ayant environ quatre lignes de long sur une ou deux de large. Elles se seraient vraisemblablement transformées en ulcérations, si l'individu eût vécu plus long-temps.

Immédiatement au-dessous de la valvule iléo-cœcale, la surface interne de l'intestin changeait d'aspect. Au lieu d'une couleur rouge uniforme, l'on observait, sur un fond blanc, une foule de très petites plaques rouges, véritablement miliaires, arrondies, oblongues, ou sinueuses, et dont le milieu présentait une teinte blanche analogue à la couleur de la muqueuse dans l'intervalle des plaques. Cette altération existait depuis le cœcum jusqu'à l'S iliaque du colon. Le reste du gros intestin était blanc; des matières verdâtres liquides le remplissaient.

Le foie avait une dureté remarquable : trois petits calculs, dont deux miliaires, et le troisième du volume d'une noisette, étaient contenus dans la vésicule. La rate, très volumineuse, se réduisait en une bouillie rougeâtre par la pression la plus légère.

La vessie contenait une médiocre quantité d'urine : sa surface interne était parsemée d'un grand nombre de taches d'un rouge vermeil, analogues à celles que nous avons quelquefois rencontrées dans l'estomac.

La mort fut prématurée chez cet individu. A la visite du 26, dix-sept ou dix-huit heures avant qu'il ne succombât, les forces étaient loin d'être épuisées; la langue s'était humectée et nettoyée. La guérison était sans doute très douteuse; mais rien n'annonçait une terminaison fatale aussi prochaine. L'inflammation du poumon gauche, qui, jusqu'au 26, n'avait donné aucun signe de son existence, se déclara-t-elle, ou du moins s'exaspéra-t-elle dans la journée du 26, et la mort peut-elle être attribuée à cette circonstance? N'oublions pas non plus qu'un caillot

fibrineux, très dense, remplissait les cavités droites du cœur; et jusqu'à ce qu'on ait démontré si de semblables caillots peuvent se former ou non pendant la vie, il faudra noter leur existence dans les divers cas de mort.

Aucune lésion matérielle du cerveau ne rendit compte de l'espèce de demi-délire dans lequel le malade resta plongé depuis le moment de son entrée.

Que dirons-nous du volume énorme qu'avait acquis la rate? Son engorgement dans les fièvres graves n'est-il pas au moins aussi constant que l'inflammation gastro-intestinale?

CI^e OBSERVATION.

Un ancien militaire, âgé de trente-cinq ans, d'une forte constitution, entra à la Charité le 5 janvier 1820 pour se faire traiter d'une blennorrhagie. Elle céda aux adoucissants. Dans les premiers jours de février, cet homme éprouva de la difficulté à uriner. A la suite de plusieurs tentatives pour le sonder, le prépuce et le gland s'enflammèrent. Dès lors, malaise, insomnie, pouls fréquent, peau chaude. Le 29 février, prostration. Douleurs vives dans le membre thoracique droit; début d'un érysipèle phlegmoneux dans cette partie. Langue très sèche, encroûtée de matières jaunâtres, ventre ballonné, diarrhée légère; pouls très fréquent et facilement déprimable; léger délire dans la soirée. (*Tisane d'orge édulcorée, potion gommeuse; deux bouillons.*)

Le 1er mars, même état général; bras plus tuméfié.

Le 2, délire continuel, langue très sèche, encroûtée

deux selles liquides; pouls faible; phlyctènes remplies d'une sérosité jaunâtre au pli du coude du bras malade; au-dessous, taches noirâtres peu étendues; rougeur livide de la peau. (*Deux vésicatoires aux jambes; infusion de quinquina; limonade minérale.*)

Le 3, mêmes symptômes; multiplication des phlyctènes et des taches noires. (*Compresses imbibées d'alcool camphré sur le membre; mêmes boissons.*)

Le 4, agitation très grande toute la nuit; le lendemain matin, loquacité remarquable; soubresauts des tendons, langue sèche et racornie comme un morceau de parchemin. (*Sinapismes aux jambes.*)

Pendant les journées du 5 et du 6, persistance des mêmes symptômes; escarre de la peau du bras. Mort dans la matinée du 7.

Ouverture du cadavre.

Une incision profonde faite aux téguments du membre affecté montra le tissu cellulaire sous-cutané gorgé d'un liquide séro-sanguinolent, et infiltré de pus; le tissu cellulaire intermusculaire présentait des traînées de pus blanchâtre.

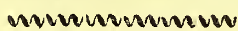
Un peu de sérosité à la base du crâne et dans le canal rachidien.

Poitrine saine.

L'estomac, le duodénum et l'intestin grêle de volume ordinaire, présentaient à l'intérieur une teinte blanche légèrement rosée. La valvule iléo-cœcale et le cœcum étaient sains. Le reste du gros intestin offrait des taches livides en quelques endroits, notamment à l'union du colon transverse avec le descendant; il était contracté.

Rate très volumineuse, gorgée de sang, s'avançant jusque sur le sein.

Nous ferons remarquer dans cette observation l'existence des divers symptômes d'une fièvre adynamique, la sécheresse extrême de la langue en particulier, sans lésion du tube digestif qui puisse en rendre compte. Les phlyctènes, les taches noires, et enfin la véritable gangrène de la peau du membre affecté, semblaient liées à l'existence d'une cause débilitante qui s'annonçait à la fois par des symptômes généraux et locaux. Les toniques étaient donc indiqués. Deux jours seulement avant la mort, des symptômes d'excitation nerveuse se manifestèrent.



CII^e OBSERVATION.

Un ouvrier en cuivre, âgé de cinquante ans, fut frappé, du 15 au 20 octobre 1821, d'une attaque d'apoplexie. Il perdit connaissance pendant plusieurs heures; lorsqu'il revint à lui, ses membres droits étaient paralysés; la commisssure droite des lèvres était tirée en bas, la langue se déviait à droite. Il fut abondamment saigné, et couvert de sinapismes et de vésicatoires. La paralysie se dissipa au bout de cinq semaines.

Lorsqu'il entra à l'hôpital, il ne se plaignait que d'une grande faiblesse générale. Peu à peu nous le vîmes tomber dans cet état de dépérissement que les anciens désignaient sous le nom de *cachexie*. Sa face était d'une pâleur remarquable; sa faiblesse était telle, qu'il ne pouvait

sortir de son lit; ses mouvements étaient libres, son intelligence intacte. Au commencement du mois de mars, il rendit sans douleur, sans ténesme, une assez grande quantité de sang par les selles; puis il eut un léger dévoiement qui céda à l'usage de la tisane de riz gommée et acidulée avec l'eau de Rabel. La fièvre s'alluma. Le malade commença à ressentir une douleur à la partie inférieure du côté droit du thorax. Le 12 mars, langue sèche, rouge au centre; soif, ventre indolent, pouls fréquent et faible; prostration.

Même état les deux jours suivants; constipation. (*Décoction de polygala.*)

Le 15, langue sèche et noire; soif médiocre; pas de selle; intelligence très nette, parole libre; pouls fréquent, assez résistant; persistance de la douleur de côté.

Le 16, altération profonde des traits de la face; mort le 17. Conservation de l'intelligence jusqu'au dernier moment.

Ouverture du cadavre.

Épanchement d'une assez grande quantité de sérosité limpide dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien.

Coupé par tranches minces, le cerveau n'offrit rien de remarquable jusqu'au niveau des ventricules, qui étaient remplis de sérosité limpide. En dehors et au niveau du corps strié gauche, existait une cavité oblongue, ayant environ un pouce de long sur deux pouces de profondeur, et large de trois à quatre lignes, remplie par une petite quantité d'un liquide couleur chocolat, tapissée par une membrane mince et lisse, ayant l'aspect d'une membrane séreuse. Aucune autre altération n'existait dans le cerveau

et ses dépendances. Le cervelet paraissait dans toute son étendue plus mou que de coutume.

Du poumon droit incisé s'écoula une énorme quantité de sérosité spumeuse incolore (*œdème*); le gauche en contenait moins.

Les parois du ventricule gauche du cœur étaient assez fortement hypertrophiées.

La face interne de l'estomac était blanche dans toute son étendue, excepté vers le grand cul-de-sac, dans un espace de trois travers de doigt en tous sens. Là, existait une assez vive rougeur qui résidait dans la muqueuse un peu ramollie, mais pouvant encore toutefois être enlevée en membrane.

La surface interne du reste de l'intestin, depuis le duodénum jusqu'au rectum, était très blanche, excepté dans quelques points épars où existait une légère injection sous-muqueuse. Partout la membrane muqueuse elle-même était saine.

Un petit foyer purulent existait dans l'épaisseur des muscles thorachiques du côté droit; de là la douleur ressentie dans ce point.

La prostate était le siége d'un vaste abcès.

Cet abcès fut sans doute une cause suffisante de dépérissement et de mort.

Mais ce que nous voulons surtout faire ressortir ici, c'est l'existence d'une fièvre adynamique, c'est la rougeur, la sécheresse, et plus tard, la noirceur complète de la langue, sans lésion notable des voies digestives.

L'hypertrophie des parois du ventricule gauche explique la résistance présentée par le pouls jusque dans le

derniers moments, résistance qui semblait en désaccord avec l'ensemble des autres symptômes.

Les fonctions intellectuelles ne furent jamais troublées, et cependant l'on trouva de la sérosité accumulée et sous l'arachnoïde extérieure et dans les ventricules. Chez plusieurs des précédents malades, au contraire, nous avons observé du délire sans sérosité épanchée.

Enfin, cette observation démontre qu'une paralysie peut disparaître, bien qu'une partie de la lésion qui l'a causée subsiste encore.



CIII^e OBSERVATION.

Un homme de vingt-sept ans environ fut apporté à l'hôpital de la Charité le 1er décembre 1822 dans le dernier degré de la prostration adynamique : pâleur cadavérique de la face et des lèvres; yeux éteints, à moitié recouverts par la paupière; pouls très fréquent, filiforme; peau sans chaleur; abolition complète des facultés intellectuelles; langue très pâle et sèche. Nous apprîmes que ce malade avait eu, trois jours auparavant, un point de côté, que depuis quarante-huit heures il avait été saigné trois fois, et qu'on lui avait appliqué quatre-vingts sangsues. Ce malade était menacé de succomber très prochainement dans un état anémique; M. Lerminier ne vit d'autre indication que celle de relever les forces. (*Infusion aqueuse de quinquina, potion aromatique avec addition d'un gros d'éther; lavement de camomille avec addition d'un scrupule de camphre; deux vésicatoires aux jambes; frictions aromatiques.*)

Le lendemain, nous trouvâmes une amélioration très sensible : face plus naturelle, moins pâle; quelques réponses assez nettes aux questions; pouls relevé; peau moite et d'une douce chaleur; langue blanche, humide; ventre indolent; une selle; quelques soubresauts des tendons. Le traitement tonique semblait réussir; il fut continué.

Le 3, propos incohérents, plaintes continuelles; cependant, réponses justes au milieu de son délire; face toujours très pâle, ainsi que la langue; constipation. (*Lavement de quinquina et de serpentaire, de chaque une once, et camphre un scrupule.*)

Le 4, intelligence plus nette, bégaiement; il semble que le malade ne soit pas maître de diriger les mouvements de sa langue; pouls toujours fréquent et faible, peau sans chaleur. (*Même prescription.*)

Du 5 au 9, le malade marcha lentement vers un état meilleur. Les forces se relevèrent un peu; le pouls devint moins fréquent, la peau se maintint à une bonne température; la langue reprit un aspect naturel; le ventre était souple, indolent, et les selles, bien que rendues involontairement, étaient rares et formées de matières bien consistantes. Le malade ne délirait pas, à proprement parler; mais son intelligence était très faible; il parlait et raisonnait comme un enfant. L'infusion de quinquina, la limonade minérale, la potion aromatique éthérée, les frictions sur les membres, le lavement de kina, de serpentaire et de camphre furent continués.

Mais le 10 décembre, l'amélioration progressive des jours précédents disparut. L'altération qu'avaient subi les traits de la face nous annonça surtout ce funeste

changement. La langue, qui la veille était encore humide et d'une bonne couleur, était sèche comme un morceau de parchemin. La température de la peau s'était élevée. (*Même prescription.*)

Le 11, délire, fréquence extrême du pouls; plus de cent quarante battements par minute.

Le 12, face cadavéreuse; extrémités froides; pas de pouls aux deux bras; même état de la langue; cris et plaintes continuelles; mort le soir.

Ouverture du cadavre faite seize heures après la mort.

Absence complète de graisse sous-cutanée; muscles poisseux et livides.

Cerveau pâle, exsangue, ainsi que ses enveloppes. Deux onces de sérosité limpide à la base du crâne.

Flocons albumineux, membraniformes, épars sur les plèvres costale et pulmonaire du côté droit, sans liquide épanché. Hépatisation rouge en plusieurs points du lobe inférieur du poumon gauche.

Cœur flasque, décoloré, contenant une petite quantité de sang noir liquide, ainsi que l'aorte.

Surface interne de l'estomac rouge dans la portion splénique. Cette rougeur avait son siége dans la membrane muqueuse elle-même vivement injectée, mais ayant conservé son épaisseur et sa consistance ordinaire. De grosses veines gorgées de sang rampaient dans le tissu lamineux.

Surface interne du duodénum et du reste de l'intestin grêle légèrement colorée par de la bile jusque dans son cinquième inférieur. Dans ce dernier espace commençait à apparaître une assez vive rougeur, d'abord

par plaques isolées, puis continue dans l'étendue d'un pied et demi au-dessus du cœcum. Là, existaient trois petites ulcérations superficielles, pouvant admettre chacune un centime au plus, et dont le fond présentait une couleur grisâtre qui ne disparaissait point par le lavage. Le cœcum était aussi assez vivement injecté; le reste du gros intestin était blanc et rempli de matières dures. La rate était remarquable par son petit volume et par son extrême densité.

Les flocons membraniformes trouvés dans la plèvre droite attestent l'existence de la pleurésie aiguë. C'est pour la combattre que des émissions sanguines très abondantes furent pratiquées en un très court espace de temps. Disons-le hautement, on en fit un funeste abus, on épuisa le malade, et on le jeta dans cet état d'adynamie qu'il présentait lors de son entrée à l'hôpital. Vainement alors aurait-on cherché dans la phlegmasie de quelque organe la cause de cet état; et si les toniques, les stimulants mêmes étaient indiqués, c'était certainement dans ce cas. Aussi leur emploi parut d'abord avantageux. Ce fut seulement à dater du 10 décembre que se déclarèrent la gastrite, l'entérite, ainsi que l'inflammation du poumon gauche.

Remarquons l'état particulier de l'intelligence : elle fut plutôt affaiblie que pervertie; elle participait à la débilité générale. Il eût été aussi impossible au malade de concevoir et d'exprimer une idée avec quelque énergie, que de contracter un peu fortement ses muscles.

Remarquons encore la teinte grisâtre, le mauvais aspect du fond des petites ulcérations intestinales, en

rapport avec l'état général, et avec celui des vésicatoires.

Notons enfin l'état liquide du sang, le petit volume, la densité de la rate, que chez d'autres sujets nous avons trouvée si molle et si volumineuse.

CIVe OBSERVATION.

Un serrurier, âgé de vingt-huit ans, avait depuis trois semaines une abondante diarrhée, lorsqu'il entra à la Charité, le 21 novembre 1822. Il était alors dans un grand état de faiblesse; la langue était très sèche, l'intelligence obtuse; le pouls fréquent, facilement déprimable; la peau chaude; quelques taches pétéchiales étaient éparses sur l'épigastre; la face exprimait la stupeur. (*Tisane d'orge; diète absolue.*)

Les jours suivants, la prostration augmenta, les taches se multiplièrent, les évacuations alvines commencèrent à être involontaires; du délire survint; il fut combattu par des applications de sangsues derrière les oreilles. Les simples délayants furent continués; deux vésicatoires furent appliqués aux jambes le 26. L'étatadynamique était parvenu le 30 au plus haut degré : face livide, yeux éteints, affaissement de l'intelligence, pouls très faible, peau peu chaude, langue très sèche; selles involontaires, très abondantes, séreuses. (*Deux nouveaux vésicatoires aux cuisses; potion composée de cinq onces d'eau de tilleul, d'un gros d'extrait sec de quinquina, et d'une once de sirop d'œillet.*)

Dans les premiers jours du mois de décembre, les

forces se relevèrent un peu; la face prit un aspect meilleur. (*Même traitement.*) Le malade succomba inopinément dans la nuit du 9 au 10.

Ouverture du cadavre.

Viscères du crâne et du thorax sains.

Injection peu considérable de la muqueuse gastrique dans sa portion splénique.

Rien de remarquable dans le duodénum et dans le tiers supérieur de l'intestin grêle. De gros caillots de sang noir remplissaient les deux tiers inférieurs. Au-dessus d'eux, la muqueuse ne présenta, jusque dans l'étendue d'un pied au-dessus du cœcum, qu'une forte coloration due à l'imbibition sanguine. Plus bas, existaient de nombreuses ulcérations pressées les unes contre les autres. Immédiatement au-dessous de la valvule cœcale, l'on ne trouvait plus aucune trace de sang. Le cœcum était rouge, et présentait cinq à six ulcérations. Le reste du gros intestin n'offrait qu'une légère rougeur, disposée par plaques peu nombreuses.

C'est par une abondante diarrhée que débuta la maladie qui fait le sujet de cette observation. La phlegmasie intestinale fut le point de départ de tous les accidents; les symptômes adynamiques succédèrent à l'épuisement occasioné par cette longue diarrhée. Malgré l'adynamie très prononcée qui existait dès l'époque de l'entrée du malade, M. Lerminier ne fit d'abord qu'une médecine expectante. Le délire qui survint céda aux sangsues appliquées derrière les oreilles. Les vésicatoires,

la potion tonique, semblèrent ensuite relever les forces. Une hémorragie intestinale enleva le malade, lorsque son état commençait à s'améliorer un peu.

Nous avons observé, dans l'été de 1819, une pareille hémorragie chez deux individus également atteints de fièvre grave. Mais, chez eux, cette hémorragie avait été annoncée par la grande quantité de sang que les malades rendirent par l'anus peu d'heures avant de succomber. Nous trouvâmes la muqueuse intestinale parsemée de pustules varioliformes, telles que celles que nous avons déjà décrites.

CV^e^ OBSERVATION.

Un porteur d'eau, âgé de vingt-cinq ans, arrivé de la Savoie depuis trois mois, tempérament sanguin, constitution forte, fut pris dans la soirée du 17 janvier 1822 de frissons qui se prolongèrent pendant la nuit; le lendemain sentiment de malaise, diminution de l'appétit; retour des frissons le soir; même état jusqu'au 20; alors coliques, déjections alvines fréquentes; il ne fit aucun traitement jusqu'au 24; il entra alors à l'hôpital.

État du 25 (neuvième jour): face rouge, animée, yeux brillants; soif; anorexie; langue rouge sur les bords et à la pointe, enduite d'un mucus jaunâtre au centre; bouche amère; ventre indolent, un peu tuméfié; sept à huit selles en vingt-quatre heures; toux légère; pouls plein et fréquent; peau chaude et sèche. (*Saignée de quatre palettes; tisane d'orge édulcorée; diète.*)

Le 26, le sang présenta un gros caillot recouvert d'une

couenne dense et épaisse ; quatorze selles ; même état d'ailleurs. (*Saignée de deux palettes.*)

Dans la soirée du 26, redoublement de fièvre très violent ; troisième saignée qui ne fut que d'une palette, le malade étant tombé en syncope.

Le 27, légère épistaxis ; le soir, fièvre violente. (*Saignée de deux palettes.*) Le sang présenta un petit caillot recouvert d'une couenne mince et molle.

Le 28, épistaxis ; face encore rouge, yeux brillants, mais cependant abattement des traits ; réponses lentes ; même état de la langue ; soif ardente ; ventre un peu météorisé ; treize à quatorze selles avec colique. Pouls fréquent ; peau moite. (*Tisanes émollientes.*)

Le 29, abondante épistaxis ; affaissement ; plaintes continuelles ; toux sans expectoration ; respiration un peu précipitée ; matité légère et râle crépitant à gauche en arrière dans toute l'étendue à peu près du lobe inférieur. (*Vingt-quatre sangsues sur le côté gauche du thorax ; deux vésicatoires aux jambes.*)

30 et 31, épistaxis, prostration ; face pâle ; même état de la respiration ; même résultat par la percussion et par l'auscultation ; expectoration catarrhale ; diarrhée aussi abondante. (*Vésicatoire sur la poitrine.*)

Le 1er février, trouble de l'intelligence ; épistaxis.

Le 2, épistaxis très abondante depuis trois heures du matin ; faiblesse extrême ; face pâle et abattue ; langue blanche et humide ; respiration plus libre ; persistance de la toux, du météorisme et de la diarrhée ; pouls très fréquent et très faible. (*Tamponnement des cavités nasales ; eau de riz gommée.*)

Le 3, agitation la nuit ; yeux animés ; loquacité ; mou-

vements continuels de la mâchoire inférieure; pouls roide, très fréquent; langue humide et blanche. (*Sinapismes.*)

Le 4, langue blanche, mais sèche, avec quelques plaques noires; dents fuligineuses; pouls très faible, cent pulsations.

Le 5, prostration extrême; gémissements continuels; intégrité de l'intelligence; excrétions alvines involontaires; respiration haute et bruyante; la vessie distendue remonte jusqu'à l'ombilic; l'urine sort par regorgement; pouls très faible, cent quarante pulsations. (*Décoction de polygala gommée; vésicatoire sur le sternum; sinapismes aux cuisses.*)

Mort à 11 heures du matin.

Ouverture du cadavre.

Cerveau sain.

Thorax. Adhérences intimes des plèvres costale et pulmonaire du côté gauche. Le lobe inférieur du poumon gauche était dense, brunâtre, et laissait écouler à l'incision un mélange de sang et de pus. Au centre du lobe supérieur qui était sain, se trouvait une cavité pouvant loger un gros œuf de poule. Sa surface était aréolée, brunâtre, elle contenait une sorte de bouillie d'un gris verdâtre, d'une fétidité gangréneuse.

Abdomen. Muqueuse gastrique très blanche dans toute son étendue, ayant son épaisseur et sa consistance ordinaire; pâleur remarquable de la membrane muqueuse de l'intestin grêle dans ses quatre cinquièmes supérieurs. Dans le cinquième inférieur apparaissent de nombreuses élevures, dont le diamètre varie depuis trois

jusqu'à six lignes. Leur couleur est d'un rose pâle. Le centre de quelques unes est ulcéré; dans l'étendue de quelques travers de doigt au-dessus de la valvule, on trouve plusieurs ulcérations du diamètre d'une pièce de quarante sous. La muqueuse qui forme leurs bords est rouge et boursouflée.

La surface interne du cœcum et du colon est parsemée d'élevures analogues à celles de l'intestin grêle, mais plus confluentes, et ulcérées à leur centre pour la plupart. La membrane muqueuse est rouge dans toute son étendue, tandis qu'elle était blanche dans l'intestin grêle.

Les ganglions lymphatiques, correspondant aux portions d'intestins malades, sont gonflés, et leur tissu est rouge.

La vessie, distendue par l'urine, s'étend jusqu'au niveau de l'ombilic. Sa membrane interne est légèrement injectée.

Essayons de faire ressortir en peu de mots les phénomènes les plus remarquables de cette maladie.

Elle atteint un homme d'une constitution forte, récemment arrivé à Paris. Elle débute par des frissons qui reviennent chaque soir pendant trois jours consécutifs; le dévoiement s'établit le troisième jour; le malade garde le repos, sans prendre aucun médicament, jusqu'au neuvième jour. Alors la langue est rouge, le dévoiement considérable, le pouls fébrile, les forces sont bien conservées; il y a des signes évidents de pléthore; les trois jours suivants, 25, 26 et 27 janvier, quatre saignées sont pratiquées; elles sont couenneuses;

aucun amendement n'a lieu ; les 27, 28 et 29, épistaxis chaque jour ; la face commence à exprimer l'abattement ; le 29, symptômes de pneumonie ; sangsues sur la poitrine, vésicatoires aux jambes. Du 30 janvier au 5 février, épistaxis assez abondante pour exiger le tamponnement ; prostration de plus en plus grande ; *sécheresse* et en même temps *pâleur* de la langue ; continuation du dévoiement, météorisme, délire par intervalle, dyspnée, paralysie de la vessie, faiblesse et fréquence extrême du pouls ; mort. Aucun tonique ne fut donné ; la prostration des derniers temps n'en réclamait-elle pas l'emploi ? Les toniques eussent été ici d'autant plus avantageux que l'estomac fut trouvé dans un état d'intégrité parfaite, bien que la langue, sèche et noire, annonçât une gastrite. N'est-ce pas le cas de donner les toniques sous le plus petit volume possible, de manière à ce qu'absorbés dans l'estomac et dans le jéjunum, ils ne puissent pas augmenter l'irritation dont la fin de l'iléum était le siége ? Ne serait-ce pas là un des cas où le sulfate de quinine pourrait remplacer avantageusement les autres préparations de quinquina ?

La phlegmasie pulmonaire ne fut point annoncée par l'expectoration ; la dyspnée ne pouvait que la faire soupçonner ; elle aurait donc pu être méconnue si la poitrine n'eût été percutée et auscultée. Nous ne saurions trop engager les praticiens à exercer le plus souvent possible la percussion et l'auscultation chez les malades atteints de fièvres graves. Ce n'est, dans le plus grand nombre des cas, qu'en ayant recours à cette double méthode d'investigation qu'ils seront avertis de l'existence de ces pneumonies intercurrentes, si insidieuses dans leur inva-

sion, si obscures dans leur marche et dans leurs symptômes, si funestes dans leurs résultats.

La cavité qui existait au milieu du parenchyme du poumon gauche présentait tous les caractères de la gangrène du poumon, tels que les a décrits M. Laennec, lorsqu'une excavation résulte du ramollissement et de la fonte putrilagineuse de la portion de poumon frappée de gangrène. Cette cavité ne communiquait encore avec aucune bronche; aussi les crachats n'offrirent-ils aucun caractère particulier. La gangrène du poumon fut-elle dans ce cas consécutive à une inflammation? Nous ne trouvâmes autour d'elle aucune trace de phlegmasie, et pendant la vie rien dans ce point n'en annonça l'existence. Était-ce plutôt une sorte de gangrène primitive, semblable aux anthrax, aux charbons de la peste? Si l'on admet que dans ces différents cas il y a inflammation antécédente, au moins faudra-t-il bien accorder que c'est encore ici une inflammation *suî generis*, qui, à peine née, tend à se terminer par la mort de la partie dont elle s'est emparée. De là des indications thérapeutiques toutes spéciales.

CVI^e OBSERVATION.

Un perruquier, âgé de dix-huit ans, d'une constitution assez chétive, épuisé par des excès de femmes et de table, ressentit, sans cause connue, le 3 septembre 1822, vers deux heures de l'après-midi, un frisson intense qui dura trois heures; de la chaleur lui succéda, puis une sueur abondante s'établit, et persista jusqu'au lendemain

matin. Les quatre jours suivants, chaleur continuelle; sueur la nuit; céphalalgie; bouche mauvaise, anorexie, diarrhée. Pendant tout ce temps le malade garda le lit et ne but que de l'eau sucrée. Il entra à la Charité le 7 septembre; il vint à pied à l'hôpital; dans la nuit du 7 au 8, il délira un peu.

Le 8, céphalalgie moindre; face rouge, yeux brillants; langue sèche, à peine rouge, soif, anorexie, bouche mauvaise; ventre un peu ballonné, légèrement douloureux à la pression; selles aqueuses, précédées de coliques; pouls fréquent, un peu dur; peau chaude. (*Tisane d'orge gommée.*)

Dans la nuit du 8 au 9, le malade délira de nouveau; dans la matinée du 9, le délire persistait; les yeux restaient fermés; la face était très rouge; le pouls, de fréquence médiocre, avait perdu sa dureté. (*Saignée de deux palettes, sinapismes aux genoux.*)

Le 10, amélioration; intelligence plus nette; mais de temps en temps cependant les idées se trouvaient encore; la langue était toujours un peu sèche, le ventre ballonné; deux selles liquides. (*Douze sangsues à l'anus; sinapismes aux jambes dans la soirée; orge.*)

Le délire revint dans la journée; la nuit, on fut obligé d'attacher le malade, qui voulait fuir de son lit.

Le 11, il était plongé dans un assoupissement profond dont on le tirait néanmoins assez facilement; il répondait aux questions; mais il ne savait où il était; il prononçait quelques paroles sans suite, puis ses yeux se fermaient de nouveau; le pouls, faible, avait acquis une grande fréquence; même état des fonctions digestives.

(*Huit sangsues à l'anus; deux vésicatoires aux jambes dans la soirée; orge gommée.*)

Le 12, état comateux plus prononcé; quatre selles involontaires; quatre sangsues derrière chaque oreille. (*Embrocations d'huile de camomille camphrée sur le ventre; frictions aromatiques sur les membres; deux nouveaux vésicatoires aux cuisses; même tisane.*)

Les sangsues, prescrites au cou, furent appliquées à l'anus; dans la journée, le malade sortit de son état comateux, il s'agita beaucoup, pleura et poussa des cris. (*Même prescription, hors les vésicatoires.*)

Le 13, à peine approchait-on de son lit, qu'il pleurait et semblait se désespérer, il ne répondait plus; cependant il conservait encore assez d'intelligence pour montrer la langue lorsqu'on lui en faisait le signe. La langue était sèche, un peu brune à son centre; il n'y avait pas eu de selle. (*Limonade minérale.*)

Le 14, coma profond; conjonctives injectées; face couverte d'une sueur froide et visqueuse; extrémités glacées; pouls filiforme, tellement fréquent qu'on ne pouvait en compter les battements; mort deux heures après la visite (du dixième au onzième jour de la maladie).

Ouverture du cadavre faite vingt-deux heures après la mort.

Crâne. L'arachnoïde de la convexité des hémisphères présentait une assez vive injection. Elle se déchirait avec la plus grande facilité; en cherchant à l'enlever, l'on détachait avec elle quelques portions superficielles des circonvolutions cérébrales. La surface même des hémi-

sphères offrait une légère teinte rosée. Leur tissu n'était sensiblement ni ramolli ni endurci. Les ventricules ne contenaient qu'une quantité à peine appréciable de sérosité. L'arachnoïde de la base n'était point injectée.

Thorax. Une assez grande quantité de sérosité sanguinolente engouait les deux poumons. Le cœur contenait du sang noir à moitié caillé.

Abdomen. — La surface interne de l'estomac était pâle dans toute son étendue. Partout la muqueuse présentait l'épaisseur et la consistance qui constituent son état sain.

Le duodénum était blanc, ainsi que le jéjunum dans ses trois quarts supérieurs. Le quart inférieur présentait plusieurs plaques rouges, qui, réunies, auraient occupé environ huit à dix pouces de longueur. La blancheur reparaissait dans les deux tiers supérieurs de l'iléum. Dans son tiers inférieur, on voyait s'élever de sa surface interne des élevures nombreuses, saillantes d'une à deux lignes au-dessus de la muqueuse; leur largeur variait depuis celle d'un grain de chenevis, jusqu'à celle d'une grosse lentille. Leur couleur était d'un blanc opaque. Au centre de trois ou quatre d'entre elles existait une perte légère de substance, égalant à peine le volume d'une tête d'épingle. Toutes avaient leur siége dans la muqueuse; discrètes d'abord, elles devenaient confluentes près de la valvule iléo-cœcale; là où elles étaient discrètes, la muqueuse, placée dans leurs intervalles, avait conservé sa blancheur; plus bas cette membrane acquérait une teinte rosée.

Dans le cœcum, et dans les colons transverse et ascendant, l'on retrouvait encore ces élevures, mais beaucoup

plus rares. L'on en comptait à peine quatre ou cinq dans un espace de six pouces en longueur. Cependant la membrane muqueuse était plus fortement injectée que celle de la fin de l'intestin grêle.

Le reste du colon et le rectum étaient blancs et sains.

La rate était remarquable par son énorme volume; son tissu était dense et noir.

Les canaux biliaires et la vésicule contenaient un liquide d'un gris sale tout-à-fait différent de la bile.

L'irritation intestinale marqua le début de cette maladie, et dura pendant tout le cours de celle-ci. Plus tard, il survint une irritation cérébrale, qui devint bientôt la cause des symptômes prédominants. Nous n'observâmes aucun soubresaut de tendon, aucun mouvement convulsif. Cette nouvelle irritation fut signalée par l'assoupissement et le trouble de l'intelligence, d'abord intermittent, puis continu. Mais combien de fois n'avons-nous pas rencontré ces symptômes, sans lésion appréciable de l'encéphale?

Le traitement fut purement antiphlogistique. De nombreuses émissions sanguines furent pratiquées; les extrémités inférieures furent couvertes de sinapismes et de vésicatoires; de simples tisanes délayantes furent données: des applications de sangsues à l'épigastre eussent été inutiles, puisqu'on ne trouva pas la moindre apparence de gastrite, bien que la langue eût semblé l'indiquer.

Une médication tonique et stimulante aurait-elle été plus avantageuse? Nous ne le pensons pas. Il n'y avait point, chez ce malade, cette débilité profonde, cet anéan-

tissement de la vie, que les toniques surmontent quelquefois d'une manière si merveilleuse.

Si le malade eût succombé plus tard, il est vraisemblable que nous aurions trouvé transformées en ulcérations la plupart des élevures de la muqueuse de l'iléum et du gros intestin.

CVII^e OBSERVATION.

Un tailleur de pierre, âgé de soixante-treize ans, usant avec excès des liqueurs alcooliques, se plaignait de ne pouvoir plus se soutenir sur ses jambes depuis trois semaines, lorsqu'il entra à la Charité, le 25 mai 1822. Alors ses lèvres étaient animées d'une sorte de mouvement convulsif, qui devenait plus considérable lorsqu'il voulait parler; les membres thorachiques présentaient un très léger tremblement; les facultés intellectuelles ne paraissaient point troublées; la langue, humide et blanchâtre, présentait aussi un tremblement assez marqué, et pouvait à peine être maintenue quelques secondes hors de la bouche; le pouls était sans fréquence.

Ce qu'il y avait de plus remarquable chez cet individu, c'était le tremblement des lèvres, des membres thorachiques et de la langue; mais on pouvait l'attribuer à l'âge avancé du malade, qui paraissait d'ailleurs faible et décrépit.

Délire dans la soirée.

Le 26, le tremblement des membres était plus marqué; ce n'était qu'avec beaucoup de peine que des mouvements volontaires pouvaient leur être imprimés; les

membres abdominaux étaient libres dans leurs mouvements; le pouls était devenu un peu fréquent : il n'y avait pas eu de selle depuis plusieurs jours. (*Deux vésicatoires aux jambes; quinze grains de calomélas; tisane d'orge vineuse.*)

La nuit, violent délire, vocifération. Dans la matinée du 27, l'intelligence avait repris toute sa netteté; le tremblement des membres thorachiques était plus prononcé que jamais; des soubresauts de tendons très multipliés avaient lieu continuellement; il en résultait une agitation continuelle des doigts, alternativement portés dans le sens de la flexion et de l'extension. De temps en temps l'on observait de petites secousses brusques, comme tétaniques, du bras et de l'avant-bras; aucun mouvement ne pouvait leur être imprimé par la volonté du malade. Il soulevait et remuait facilement les membres abdominaux, qui étaient exempts de tout tremblement. L'agitation convulsive des lèvres était très forte; la respiration était haute, accélérée; le pouls fréquent, la peau chaude; la langue conservait son humidité : aucune selle n'avait eu lieu. (*Vésicatoire à la nuque; douze grains de mercure doux et trois grains d'aloès.*)

Délire par intervalles dans la journée; deux selles.

A la visite du 28, même état que la veille. Vers dix heures du matin, mouvements convulsifs très violents des membres thorachiques, trismus, respiration stertoreuse, perte de connaissance. On crut que le malade allait succomber; mais au bout de trois minutes environ ces symptômes effrayants disparurent, et furent remplacés par une sorte d'état comateux, qui se dissipa lui-même peu à peu.

Le 29, langue sèche; selles involontaires; délire, qui semble cesser lorsqu'on fixe fortement l'attention du malade : même état des membres.

Le 30, sueur générale, visqueuse; *sudamina* sur les cuisses; traits de la face profondément altérés. (*Sinapismes aux pieds; bols de camphre et de nitre; infusion de valériane.*) Le soir, retour des mêmes accidents. Le 28; mort dans l'état comateux.

Ouverture du cadavre, faite dix heures après la mort.

L'encéphale, la moelle épinière, et leurs membranes, ne présentèrent aucune lésion appréciable.

Une énorme quantité de liquide spumeux et incolore s'écoula des poumons; les cavités du cœur contenaient une petite quantité de sang noir liquide; un caillot fibrineux blanc, peu consistant, existait dans l'oreillette droite. Un caillot pareil remplissait l'aorte jusqu'à sa courbure sous-sternale.

La face interne de l'estomac était rouge vers le grand cul-de-sac, dans une étendue égale à celle de la paume de la main. Là, rampaient sous la muqueuse de grosses veines remplies de sang noir. La muqueuse elle-même était injectée, mais non uniformément rouge; en un petit nombre de points seulement, elle était ramollie.

La muqueuse du cinquième supérieur de l'intestin grêle (y compris le duodénum) offrait une forte injection. Elle était blanche dans les quatre cinquièmes inférieurs.

Une assez vive injection reparaissait à la face interne

du cœcum, du colon ascendant, et de la première moitié du colon transverse.

Le foie était d'une extrême pâleur, comme s'il eût été macéré dans l'eau pendant long-temps; la vésicule du fiel remplie d'une énorme quantité de bile noirâtre. Il y avait aussi beaucoup de bile jaune dans le cinquième supérieur de l'intestin grêle.

La rate était remarquable par son très petit volume; son tissu était mou, facilement déchirable.

C'est le système nerveux qui paraissait ici spécialement lésé; cependant on ne put y découvrir aucune altération. L'inflammation gastro-intestinale ne nous semble s'être développée que dans les derniers temps, peut-être sous l'influence des drastiques qui furent administrés. Plusieurs des symptômes observés chez cet individu rappellent la maladie qui a été décrite sous le nom de *delirium tremens*.

CVIII^e OBSERVATION.

Un Allemand, âgé de cinquante-six ans, entra à l'hôpital le 29 novembre. Il ne put nous donner aucun renseignement sur son état antécédent. Il levait continuellement les yeux vers le ciel, en croisant ses mains sur sa poitrine; il semblait entièrement absorbé par les sentiments d'une piété exaltée. Sa face était pâle et maigre; ses forces paraissaient bien conservées; sa langue était sèche et pâle. Il allait à la selle comme en santé. La peau

était chaude, le pouls était fréquent et dur; la respiration paraissait entièrement naturelle; la poitrine, percutée, résonnait bien partout.

L'engourdissement très marqué des facultés intellectuelles de ce malade, l'espèce d'extase dans laquelle il était plongé, pouvaient être regardés comme le prélude d'une fièvre ataxique. L'indication à remplir semblait être surtout de dégager le cerveau. (*Vingt sangsues à l'anus; tisane d'orge; lavement émollient.*)

Le lendemain 31, l'état du malade n'avait pas subi de changement. Les jours suivants, la fièvre persista; les facultés intellectuelles étaient à peu près anéanties; la langue, pâle, était alternativement humide et sèche; les forces se conservaient. Le 8 décembre, l'état d'extase était plus prononcé que jamais; les réponses lentes et embarrassées. (*Saignée de deux palettes.*) Elle n'eut pas un résultat plus avantageux que la première; l'état du malade avait même empiré le lendemain matin. Sa langue était brune; il avait un délire fugace et beaucoup de fièvre; il toussait un peu. La persistance de la force du pouls parut être liée à un état d'hypertrophie des parois du ventricule gauche. Le stéthoscope, en effet, appliqué à la région précordiale était un peu repoussé. A la main, on ne sentait rien d'insolite dans les battements du cœur. Cependant le malade pouvait encore se placer sur son séant facilement et avec agilité; nous le vîmes manger avec appétit deux petits biscuits. Pendant la journée, son état resta le même; à notre grand étonnement, il mourut pendant la nuit.

Ouverture du cadavre, faite vingt-huit heures après la mort.

Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien était infiltré d'une assez grande quantité de sérosité limpide et incolore; le cerveau lui-même était sain.

Les parois du ventricule gauche du cœur étaient, comme on l'avait annoncé, assez fortement hypertrophiées; sa cavité était rétrécie. D'anciennes adhérences celluleuses se remarquaient dans les deux plèvres. La base du poumon droit était d'un rouge grisâtre; son tissu, non crépitant, se réduisait en pulpe sous le doigt; partout ailleurs les poumons, d'un gris fauve, crépitaient très bien; une énorme quantité de sérosité spumeuse et incolore s'en écoulait par l'incision.

L'estomac était dilaté; sa face interne présentait, dans le grand cul-de-sac et le long de la face antérieure jusque près du pylore, une couleur brune avec mélange de petites taches noires : cette couleur et ces taches existaient dans la muqueuse ramollie; ailleurs elle était blanche et de consistance ordinaire.

La face interne de l'intestin grêle était très blanche jusque près du cœcum; il était pourtant fortement resserré dans toute son étendue. A cinq travers de doigt au-dessus du cœcum existait une ulcération de la largeur d'un écu de trois livres, dont le fond était formé par la membrane musculaire à nu, et les bords par la muqueuse tuméfiée, molle et noire : cette membrane présentait le même aspect jusqu'au cœcum.

Quatre ou cinq ulcérations plus petites que la précédente, existaient dans le cœcum, dont la muqueuse était blanche; le reste du gros intestin était sain.

La circonstance la plus digne de remarque dans cette observation est la mort même du malade, à une époque où n'avait encore apparu aucun symptôme mortel. En examinant l'état des diverses fonctions, en ayant égard surtout à la conservation des forces, aurait-on pu présumer que, peu d'heures après, le malade succomberait, sans qu'aucun nouvel accident se fût manifesté? Peut-on en chercher la cause dans l'œdème très considérable dont les poumons étaient le siége? Peut-on supposer que, pendant la nuit du 9 au 10 décembre, les poumons s'engouèrent tout à coup de sérosité, de même qu'on voit, dans d'autres parties du corps, des accumulations séreuses s'effectuer quelquefois presque instantanément? Est-ce plutôt dans l'état organique du cœur qu'il faut placer la cause de la mort? En effet, les morts subites ne sont pas rares chez les individus atteints d'anévrismes du cœur, même peu avancés, et qui ne manifestent encore leur existence par aucun symptôme bien tranché. Il semble que, chez plusieurs de ces malades, le cœur perd momentanément la faculté de se contracter : le sang, dès lors, n'arrive plus au cerveau, la respiration se suspend; et si cette cessation d'action du cœur se prolonge, la syncope se change en une mort réelle.

L'état particulier des facultés intellectuelles était-il un phénomène sympathique lié à l'inflammation dont l'estomac et la fin de l'intestin grêle étaient le siége? Toute la maladie existait-elle dans le tube digestif?

La phlegmasie du poumon droit existait déjà depuis quelques jours au moins, ainsi que le prouvait l'état de l'organe; mais pouvait-elle être même soupçonnée? N'occupant exactement que la base du poumon, elle ne pouvait être reconnue ni par la percussion ni par l'auscultation; la respiration était parfaitement libre, les crachats étaient nuls, et la toux très légère qui existait ne devait-elle pas raisonnablement être rapportée à la seule phlegmasie des bronches?

Le caractère du pouls, chez ce malade, mérite aussi toute notre attention. Combien ne sont pas insuffisants les signes tirés de l'état des pulsations artérielles, lorsqu'en même temps l'on n'a pas égard à l'état du cœur!

Si nous eûmes lieu d'être étonnés de la fin brusque de ce malade, nous allons trouver, dans l'observation suivante, l'exemple d'une mort encore plus imprévue.

CIX^e OBSERVATION.

Un tailleur, âgé de dix-neuf ans, à Paris depuis six semaines, ressent, le 8 décembre, sans cause connue, un violent frisson, suivi d'une forte chaleur sans sueur. Les jours suivants, il éprouve une chaleur continuelle, de la céphalalgie, un grand abattement physique et moral; il a du dégoût pour les aliments, et ne va pas à la selle. Entré à la Charité le 25, il présenta tous les caractères d'une fièvre dite bilieuse. (*Deux grains d'émétique furent administrés.*) Le malade ne vomit pas, et alla plusieurs fois à la selle. Dans la nuit, il sua abondamment. Cependant, le lendemain 26, la fièvre persis-

tait; la langue était rouge. Jusqu'au 31, l'état du malade resta à peu près le même. Il avait du dévoiement; il suait chaque nuit. Il ne prit que des tisanes adoucissantes. Dans la nuit du 30 au 31 (quatorzième jour), il eut une épistaxis abondante, et en même temps tous les autres symptômes s'amendèrent. Cette hémorragie pouvait être raisonnablement regardée comme un mouvement critique. Dans la journée, le malade se trouva assez bien; la fièvre était très modérée. Vers midi, il se leva pour aller à la selle; à peine était-il remonté dans son lit, qu'il cessa tout à coup de respirer et de vivre.

Ouverture du cadavre.

Le cadavre, ouvert le lendemain, ne nous présenta aucune lésion qui pût rendre raison d'une mort aussi prompte. Le cerveau et la moelle épinière, attentivement examinés, furent trouvés dans leur état naturel; le cœur avait les proportions qui constituent son état physiologique, un peu de sang noir liquide remplissait ses cavités; l'aorte et les autres gros vaisseaux étaient sains; les poumons, parfaitement crépitants, présentaient à peine un léger engouement à leur partie postérieure; le sommet du poumon droit contenait cinq ou six gros tubercules crus, sans hépatisation autour d'eux. Aucun corps étranger n'existait dans le larynx ni la trachée.

La face interne de l'estomac était dans toute son étendue d'un blanc légèrement rosé. Détachée des tissus subjacents, la muqueuse était d'épaisseur et de consistance naturelle.

Dans l'étendue de quelques travers de doigts au-des-

sus du cœcum, la muqueuse de l'intestin grêle présentait sept ou huit petites ulcérations avec légère rougeur autour d'elles; le cœcum était rouge, le reste du gros intestin était blanc.

Les morts subites sans lésion appréciable se présentent quelquefois à l'observation des praticiens. Tel est encore le cas suivant :

Un garçon de quatre à cinq ans, entré à l'hôpital des Enfants, ayant la teigne depuis quelques mois, fut atteint d'un catarrhe pulmonaire et de diarrhée. Cette double maladie céda en peu de temps aux moyens adoucissants. L'enfant toussait encore un peu; il n'avait plus de dévoiement; il se levait et se promenait chaque jour. Le 23 août 1821, il était gai comme à l'ordinaire; il se lève, va à la selle, puis se place sur une chaise, disant qu'il va dormir. On croit qu'il dort en effet. Sept à huit minutes après, il avait cessé de vivre.

On ne trouva aucune lésion appréciable dans le cerveau et ses dépendances; les poumons, d'un blanc grisâtre et parfaitement crépitants, n'étaient pas même engoués à leur partie postérieure : le cœur était intact, ainsi que les gros vaisseaux qui en partent ou qui s'y rendent; il ne contenait point de concrétion polypeuse. Le larynx et la trachée étaient sain. La surface interne de l'estomac présentait une couleur blanche, légèrement rosée, avec quelques petites plaques rouges d'espace en espace; le reste du canal digestif était généralement blanc, injecté par intervalle; les autres organes étaient sains.

Le cœur, dans les cas de ce genre, cesse-t-il tout à

coup de battre, et, ainsi que nous l'avons dit dans la cent huitième observation, la mort n'est-elle alors qu'une syncope prolongée? Les fonctions du cerveau se suspendent-elles primitivement et tout à coup? Ainsi meurent instantanément les individus frappés d'une forte commotion électrique, les animaux empoisonnés par l'acide hydrocyanique, etc.

Quoi qu'il en soit, les observations de ce genre doivent nous rendre bien circonspects pour prononcer si telle lésion observée dans un cadavre doit être réellement considérée comme la cause de la maladie et de la mort. D'un autre côté, l'ouverture des corps découvre quelquefois dans les organes les plus importants à la vie des altérations considérables qu'aucun symptôme n'avait annoncées. Combien n'est pas difficile la tâche de celui qui cherche à soulever un coin du voile dont la nature enveloppe ses œuvres, soit qu'elle tende à créer, à conserver ou à détruire! *Homunciones nos! observata colligimus, legesque condimus ex iisdem; dùm interim nos sæpè in observatis vel unicum lateat, ex quo vera rerum dependeat noticies.* (DE HAEN.)

Cette observation est encore intéressante, parce qu'elle nous présente l'état du tube digestif dans une fièvre dite bilieuse inflammatoire, non encore compliquée de symptômes adynamiques ou ataxiques. Des ulcérations existaient déjà à la fin de l'intestin; quant à l'estomac, il était sain, bien que, dans le cours de la maladie, la langue eût été rouge et sèche parfois. Ne nous lassons pas de répéter ce que nous avons déjà précédemment établi, savoir, que l'état de la langue n'est pas toujours une image fidèle de l'état de l'estomac.

Portons maintenant notre attention sur la phthisie pulmonaire, dont le malade portait le germe, et qui n'avait encore révélé son existence par aucune espèce de symptôme. Les tubercules que contenait le sommet du poumon gauche auraient pu rester stationnaires pendant de longues années, et ne pas empêcher celui qui les portait d'atteindre la durée moyenne de la vie; mais chez les individus qui sont dans ce cas, la moindre irritation portée sur les poumons a les suites les plus fâcheuses; elle contribue singulièrement à augmenter la diathèse tuberculeuse, et à hâter le ramollissement des tubercules qui existent déjà. Tel est le premier degré de la phthisie de Bayle. La nécroscopie le découvre chez des individus qui ont eu à peine quelque léger rhume pendant le cours de leur vie. C'est surtout d'après ces faits que Bayle a établi que les tubercules pulmonaires n'étaient pas un produit de l'inflammation, dans le sens ordinaire que l'on attache à ce mot. Ceux qui soutiennent la doctrine contraire sont cependant obligés d'admettre une disposition particulière à la tuberculisation dans les individus chez lesquels le développement des tubercules a succédé à une phlegmasie des bronches ou du tissu même du poumon. Mais cette sorte d'idiosyncrasie n'a-t-elle pas beaucoup de rapport avec le germe inné de la phthisie, que Bayle admettait, et qui lui a été si vivement reproché?

CX^e OBSERVATION.

Un homme de vingt-deux ans, habitant Paris depuis un an, entra à la Charité, le 15 novembre 1822, avec les symptômes d'une fièvre continue assez légère : langue blanche, rouge à la pointe, un peu sèche; ventre douloureux, dévoiement modéré; pouls peu fréquent. (*Tisane d'orge.*)

Du 15 au 20, l'état du malade resta stationnaire. Soumis à la diète et au repos, tout annonçait qu'il guérirait.

Le 21, il accusa une douleur à la cuisse gauche; elle était un peu tuméfiée : l'on redouta le développement d'un phlegmon. (*Cataplasme émollient.*)

Le 22, la tension de la cuisse était plus considérable; la peau avait rougi, la fièvre était plus intense.

Le 23, l'état du malade était devenu infiniment plus grave : la face exprimait le plus haut degré de la stupeur; l'intelligence était complétement perdue; les dents étaient encroûtées et sèches; la langue ne put être vue : on compta plus de cent trente-six pulsations. (*Deux vésicatoires aux jambes.*)

Le 24, agonie : respiration très accélérée, sans râle. Le malade poussait de temps en temps des cris aigus; les yeux fixes étaient tournés en haut; le pouls ne se sentait plus. Mort pendant la visite.

Ouverture du cadavre.

L'encéphale et ses enveloppes ne présentèrent aucune lésion appréciable.

Les poumons n'étaient que médiocrement engoués.

L'estomac, parfaitement blanc dans sa portion pylorique, présentait une teinte rosée dans le grand cul-de-sac; là, la muqueuse consistante était un peu plus épaisse que de coutume.

Rien de remarquable dans les cinq sixièmes supérieurs de l'intestin grêle. Ulcérations petites et peu nombreuses, à bords rouges, à fond blanc, pouvant recevoir au plus une pièce de cinq sous, éparses dans le sixième inférieur; muqueuse rosée dans leurs intervalles. Gros intestin blanc et sain.

Sérosité rougeâtre, peu abondante, dans le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse gauche.

Rien de plus remarquable, sans doute, que la marche de cette maladie. Assez bénigne jusqu'au 22 novembre, elle se présente tout à coup avec un ensemble de symptômes très graves, et la mort survient en moins de quarante-huit heures. C'est surtout le système nerveux qui paraît atteint : à l'ouverture du cadavre, il ne présente aucune altération que nos sens puissent saisir.

Les lésions trouvées dans l'estomac et dans l'intestin grêle sont à peu près semblables à celles que nous a offertes l'individu qui fait le sujet de la cent-neuvième observation; elles préexistaient sans doute à l'apparition des symptômes qui se manifestèrent les deux derniers jours. Quelle lésion nouvelle causa ces nouveaux symptômes? Quelle lésion entraîna d'une manière si inopinée le malade au tombeau? Ce ne fut certainement pas le phlegmon; il était trop peu considérable. Dire quela

phlegmasie gastro-intestinale s'est exaspérée tout à coup, ou bien supposer que les sympathies entre le cerveau et les organes digestifs, restées muettes jusqu'au 22 novembre, se sont instantanément réveillées, c'est adopter une manière assez ingénieuse de rendre raison du fait; mais en dernier résultat, c'est expliquer un fait par une hypothèse.

CXI^e OBSERVATION.

Un homme de vingt-huit ans, récemment arrivé à Paris, entra à la Charité dans le courant du mois de novembre 1822, avec un léger dévoiement et très peu de fièvre. La diète et les délayants avaient fait à peu près cesser l'un et l'autre, lorsque, sans cause connue, le malade tomba tout à coup dans le découragement le plus profond; dès lors persuasion intime que sa mort était prochaine et inévitable; pleurs, désespoir. Cependant le pouls n'avait pas acquis de fréquence. Cet état moral persiste pendant deux jours. On cherche vainement à prouver au malade que ses craintes sont sans fondement. Le troisième jour, 23 novembre, les idées commencent à se troubler; le pouls s'accélère. Le 24, la fièvre est intense; le dévoiement continue toujours un peu; la langue est animée, le trouble des idées plus considérable. Le 25, le délire est complet. A six heures du matin, nous trouvons le malade debout hors de son lit; il se recouche d'après nos remontrances, et, bien que répondant d'une manière assez nette à nos questions, il tient les propos les plus incohérents; son œil est hagard; le

pouls est très fréquent, la peau brûlante; une sueur abondante couvre la face; la langue conserve son humidité; sa pointe est rouge.

Le 26, le malade, couché sur le dos, l'œil fixe, l'air pensif, la face rouge et couverte de sueur, regarde d'un air dédaigneux les personnes qui lui adressent des questions, et ne leur répond pas. Si l'on insiste, ses sourcils se froncent, ses yeux expriment la colère, et il prononce d'une voix *forte* et courroucée quelques mots sans suite. Il se refuse à montrer sa langue. Les pulsations artérielles sont tellement fréquentes, qu'elles ne peuvent plus être comptées.

La mort eut lieu la nuit suivante.

A dater du 23 novembre, des sangsues furent plusieurs fois appliquées au cou et à l'anus; les jambes furent couvertes de vésicatoires; de simples délayants furent donnés à l'intérieur.

Ouverture du cadavre.

Les muscles étaient bruns et poisseux.

Le cerveau et ses membranes ne présentèrent aucune lésion appréciable.

Engouement des poumons à leur partie postérieure.

Un assez grand nombre de veines gorgées de sang rampaient dans le tissu cellulaire subjacent à la membrane muqueuse de l'estomac. Celle-ci présentait, vers le grand cul-de-sac, quatre ou cinq plaques rouges, ayant chacune, terme moyen, la largeur d'un écu de trois livres; ailleurs, elle était blanche et saine.

L'intestin grêle était sain jusque dans l'étendue d'un

pied au-dessus de la valvule iléo-cœcale. Dans ce dernier espace, existaient une foule d'élevures d'apparences diverses. Les unes, rouges, coniques, avaient à peu près le volume d'un pois; d'autres, semblables aux précédentes par leur forme et leur étendue, en différaient par leur couleur blanche. D'autres, beaucoup plus considérables, arrondies ou oblongues, rouges ou d'un blanc plus mat que le reste de la membrane, avaient un diamètre égal à celui d'une pièce de dix sous pour les plus petites, et d'une pièce de cinq francs pour les plus grandes. Dans leurs intervalles, la muqueuse était tantôt blanche, et tantôt rouge. Discrète d'abord, cette éruption devenait confluente près de la valvule. Immédiatement au-dessus de celle-ci, plusieurs élevures se réunissaient en une seule, de manière à former une large plaque, qui occupait à peu près tout le tour de l'intestin.

Le cœcum était assez vivement injecté; le reste du gros intestin était blanc; les ganglions mésentériques étaient rouges et engorgés.

La rate était remarquable par son volume et par l'extrême mollesse de son tissu.

Un sang noir liquide existait dans l'aorte ainsi que dans le cœur, dont le tissu était pâle et flasque.

Tout ne semblait-il pas indiquer que, chez cet individu, c'était le cerveau qui était spécialement atteint? A la vérité, les premiers symptômes s'étaient montrés du côté de l'abdomen; mais ils étaient déjà beaucoup moindres, lorsque le profond découragement dans lequel tomba tout à coup le malade fut le signal d'un état ner-

veux des plus graves. Cependant le cerveau était sain, et l'intestin seul était lésé; mais la lésion particulière dont celui-ci était le siége existait très probablement avant l'apparition des symptômes nerveux. En prenant un rapide degré d'accroissement, après avoir d'abord rétrogradé, ou du moins après être resté stationnaire, l'exanthème intestinal produisit-il l'irritation sympathique du cerveau, le trouble de ses fonctions et la mort? Le malade succomba lorsqu'il était encore plein d'énergie; voilà encore un cas où la cause matérielle immédiate de la mort nous échappe entièrement.

Aucune ulcération n'existait encore dans les intestins; on en trouve la raison dans la rapidité avec laquelle la mort survint.

CXIIe OBSERVATION.

Un cordonnier, âgé de quarante-cinq ans, d'une très forte constitution, entra à la Charité le 4 octobre 1820, dans un état de délire tel, qu'on ne put obtenir aucun renseignement sur son état antécédent.

Dans la matinée du 5, nous observâmes l'état suivant: yeux hagards, rire sardonique, pas de réponse aux questions. La face exprimait la douleur dès qu'on pressait un peu un point quelconque du ventre; mais elle l'exprimait aussi lorsqu'on pressait soit sur les côtes, soit sur les membres. Langue humide et de couleur ordinaire; pas de selle depuis son entrée; respiration libre, pouls assez développé, de fréquence médiocre; peu de chaleur à la peau.

Mort à huit heures du soir.

Ouverture du cadavre.

Cerveau parfaitement sain, ainsi que ses membranes; pas d'épanchement, soit dans les ventricules, soit à la base du crâne.

Organes thorachiques sains.

La surface interne de l'estomac présentait, le long de la grande courbure, six à huit petites ulcérations superficielles, arrondies, à fond rouge, ayant, terme moyen, le diamètre d'un centime. Dans leur intervalle, la muqueuse n'était que médiocrement rouge.

Aucune ulcération n'existait dans le reste du canal digestif; il présentait quelques plaques rouges peu nombreuses.

Rien de remarquable dans les autres organes.

Voilà encore un cas où, le cerveau semblant être le point de départ de tous les symptômes, l'on ne trouve de lésion que dans le tube digestif. Ici encore la mort fut prématurée. L'état de l'estomac ne fut point annoncé par la langue, qui conserva jusqu'au dernier moment son aspect naturel. Nous avons déjà fait remarquer, dans d'autres observations, cet endolorissement général que présentent plusieurs malades atteints de fièvre ataxique.

CXIII^e OBSERVATION.

Un cordonnier, âgé de dix-neuf ans, constitution forte, tempérament sanguin, entra à la Charité le 17

novembre 1820, se plaignant de céphalalgie et d'une grande lassitude. La langue était blanche et humide, le pouls fréquent et fort; la face, rouge, avait une expression de stupeur assez marquée; fréquentes épistaxis. Quelques jours se passèrent dans cet état. Le 22, air de stupeur plus prononcé, délire le soir et pendant la nuit. Le 23, *douze sangsues au cou; deux vésicatoires aux jambes; limonade minérale; lavement de camomille avec un scrupule de camphre.*

Le 24, face fortement injectée, yeux humides, larmoyants, comme ceux d'un homme ivre; sourire continuel, tremblement des lèvres, légère rétraction en haut de leur commissure droite; carphologie; langue humide, soif; ventre ballonné. (*Huit sangsues à chaque jugulaire; sinapismes; lavement de camomille.*)

Le 25, face moins rouge, rire niais, rétraction en haut de la commissure droite des lèvres qui ne tremblent plus; les membres soulevés gardent pendant plusieurs secondes la position qu'on leur donne, comme si le malade était en catalepsie. Interrogé, il semble chercher ses idées, les rassembler avec peine, et il ne répond qu'au bout d'une ou deux minutes. On obtient de lui des réponses justes, en fixant fortement son attention; mais ensuite il déraisonne; il exprime tour à tour les idées les plus bizarres, comme ferait un maniaque. La langue humide, mais brune, sort difficilement de la bouche; ventre ballonné, paraissant indolent; une selle; pouls fréquent et faible, peau moite. (*Six sangsues à chaque jugulaire; sinapismes; embrocations d'huile de camomille camphrée sur le ventre; orge.*)

Le 26, face pâle, bouche béante; idées plus lucides,

réponses plus promptes; mêmes symptômes de catalepsie; même état des fonctions nutritives.

Le 27, joues plus rouges, sorte d'extase, bouche écumeuse, lèvres toujours déviées; quelques soubresauts de tendons; cessation des symptômes cataleptiques; pouls très fréquent et très faible; sueur générale; respiration accéléré. (*Même prescription, à l'exception des sangsues.*)

Le 28, expression d'une vive souffrance peinte sur la figure, agitation des yeux, qui roulent violemment dans leurs orbites; tremblement des lèvres, claquement des dents, mouvement d'élévation de tout le tronc par intervalles. De temps en temps le malade tient les propos les plus incohérents, exprime les idées les plus disparates avec une étonnante volubilité. Lorsqu'on presse sur l'abdomen qui est tendu, il nous invite avec instance à presser encore davantage, parce que cette pression, dit-il, lui fait du bien; peu d'instants après, il repousse le moindre contact; il veut qu'on lui ouvre le ventre, pour enlever des barres de fer rouge qui y ont été introduites. La langue, brunâtre, tend un peu à se sécher; les matières fécales sont rendues dans le lit; la sécrétion des urines n'a plus lieu; pouls très fréquent, faible, comme tremblotant. (*Bols de camphre et de nitre.*)

Le 29, le malade comprend les questions, et y répond; mais il n'en déraisonne pas moins. Il accuse une sensation d'huile bouillante dans le ventre; la moindre pression sur une partie quelconque du corps détermine des cris déchirants; les traits s'altèrent et s'effilent, les yeux s'enfoncent dans les orbites, la face prend une teinte terreuse; langue humide, lèvres et gencives en-

croûtées de fuliginosités; selles abondantes dans le lit; ventre ballonné. (*Sinapismes; orge; limonade minérale; bols de camphre et de nitre.*)

Le 30, une forte prostration a remplacé l'exaltation nerveuse des jours précédents. On pince fortement la peau des deux bras sans que le malade semble le sentir. La langue est couverte à son centre d'un enduit brun et visqueux; la respiration est très accélérée; les battements du pouls ne peuvent plus être comptés; une pression un peu forte exercée sur l'abdomen, qui est toujours ballonné, détermine une évacuation de gaz et de *fæces* liquides.

Le 1er décembre, endolorissement général, causé, selon le malade, tantôt par des courroies qui le serrent, tantôt par des coups d'épée, tantôt par de l'huile bouillante qu'on verse sur ses membres. L'affaissement est d'ailleurs beaucoup plus marqué. Face très rouge, couverte d'une sueur abondante; joues excavées; soubresauts continuels des tendons, empêchant de sentir le pouls; langue brune à son centre, humide; dents fuligineuses; respiration haletante. (*Même prescription; plus une potion éthérée avec teinture de musc.*)

Le reste de la journée, l'affaissement alla en augmentant. Le malade succomba le 2, à trois heures du matin.

Ouverture du cadavre, faite vingt-huit heures après la mort.

Embonpoint encore assez considérable; muscles poisseux et livides.

Rien de remarquable dans l'encéphale et dans ses en-

veloppes; quelques gouttes de sérosité limpide dans les ventricules latéraux; une demi-once environ à la base du crâne.

Thorax. Un peu de sérosité très rouge dans chaque plèvre; poumons livides, engoués à leur partie postérieure; un peu de sang liquide dans le cœur.

Abdomen. La surface interne de l'estomac offre, le long de la petite courbure, une longue bande rougeâtre formée par des vaisseaux injectés, autour desquels existent de petits points rouges.

L'intestin grêle, ouvert dans toute son étendue, est parfaitement blanc et sain jusque dans l'étendue d'un pied environ au-dessus du cœcum. Dans ce dernier espace, l'on trouve huit à dix ulcérations petites et superficielles, n'ayant pas (terme moyen) plus d'une à deux lignes de diamètre en tous sens; leur fond est blanc, formé par le tissu lamineux; leurs bords, frangés, sont d'un rouge livide; les intervalles qui les séparent sont généralement blancs, excepté dans quelques points peu nombreux, où l'on observe quelques vaisseaux injectés et deux ou trois élevures. Les ulcérations précédentes sont vraisemblablement la terminaison de cet exanthème. La valvule iléo-cœcale présente une teinte livide; la surface interne du cœcum, du colon ascendant et du colon transverse est blanche. A l'union du colon transverse et de la portion descendante du même intestin existe une large plaque rouge, dont la couleur réside dans la muqueuse. Cette inflammation existe dans l'étendue de trois travers de doigts en longueur; le reste de l'intestin est blanc.

Cette observation nous offre un exemple remarquable de fièvre ataxique. Quel singulier mélange d'excitation et de faiblesse ! quelle rapide succession des phénomènes les plus variés ! Toutes les grandes fonctions du système nerveux sont tour à tour lésées ; toutes les formes du délire se montrent alternativement ; du jour au lendemain, la sensibilité est successivement exaltée, abolie, pervertie ; le trouble de la motilité se manifeste tantôt par la rétraction des lèvres, leurs mouvements convulsifs, les secousses brusques de tout le tronc, les mouvements désordonnés des yeux, les contractions involontaires des muscles masticateurs, etc., tantôt par des symptômes cataleptiques. C'est encore à la lésion du système nerveux que peuvent être rapportées et la dyspnée, et la suspension de la sécrétion de l'urine ; quant au trouble des fonctions digestives, il ne se manifesta qu'à une époque déjà avancée de la maladie.

L'autopsie cadavérique, en nous montrant une gastrite partielle peu intense, quelques ulcérations miliaires dans l'intestin grêle, résultat probable d'un léger exanthème, et une plaque rouge de trois travers de doigt d'étendue dans le gros intestin, nous a-t-elle révélé la cause de tous les symptômes observés pendant la vie ? L'observation suivante nous montrera à peu près les mêmes symptômes, et des lésions encore plus légères.

CXIV^e OBSERVATION.

Un garçon limonadier, âgé de vingt ans, toussant depuis un an, et ayant plusieurs fois craché du sang, res-

sentit un malaise général dans les premiers jours du mois de novembre 1820. Le 10, il entra à la Charité. Il toussait beaucoup; ses crachats étaient visqueux, un peu sanguinolents; le pouls était à peine fréquent. (*Saignée de deux palettes.*) Le sang n'offrit pas de couenne. Le 11, nous trouvâmes le malade plongé dans un état de torpeur. Interrogé, il ne répondait rien; si on le soulevait, il se laissait retomber comme une masse inerte, et cachait sa tête sous les couvertures. Le pouls était d'une lenteur remarquable, la face très pâle; la langue conservait son aspect naturel. Ces symptômes semblaient marquer le début d'une hydrocéphale aiguë. (*Huit sangsues de chaque côté du cou; sinapismes; orge.*)

Agitation et délire toute la nuit. Dans la matinée du 12, somnolence, douleur à la tempe gauche; pupille droite sensiblement plus dilatée que la gauche; pommettes un peu rouges; décubitus sur le côté droit; langue blanche, humide; haleine fétide; ventre indolent et souple; deux selles; quarante-six battements artériels par minute. (*Vésicatoires aux jambes; petit-lait avec addition d'une demi-once de sulfate de soude pour une pinte. Potion composée ainsi qu'il suit, à prendre par cuillerées :*

Eau de tilleul. . . . . quatre onces.
Eau de menthe. . . . . une once.
Acétate d'ammoniaque. . . . . . . un gros.
Ether sulfurique. . . . . un gros.
Sirop d'œillet. . . . . deux onces.)

Dans la journée, fréquentes alternatives d'assoupissement profond et de violente agitation; aucune selle n'eut lieu.

Le 13, les facultés intellectuelles présentaient tour à

tour une lucidité parfaite et le trouble le plus grand; l'inégalité de dilatation des pupilles persistait; la respiration était tantôt très rare, tantôt précipitée; le pouls battait cinquante-cinq fois par minute; la peau avait une douce chaleur; la face rougissait et pâlissait alternativement. (*Lavement avec addition d'une once de séné et de six grains d'émétique; une pinte d'eau de veau avec demi-once de sulfate de soude; frictions aromatiques sur les membres.*) — Selles copieuses dans la journée.

Le 14, même état. — Le 15, le malade avait une sorte d'horreur des liquides. Dès qu'on lui présentait à boire, sa face s'injectait, ses yeux s'animaient, des mouvements convulsifs agitaient ses lèvres; et si on introduisait un peu de liquide dans la bouche, il le rejetait avec effort; la langue conservait son humidité; le pouls présentait soixante battements. (*Deux nouveaux vésicatoires aux cuisses.*)

Le 16, les symptômes d'hydrophobie de la veille n'existaient plus; l'œil droit était fortement dévié en dedans; la pupille de ce côté restait toujours plus dilatée que l'autre; la paupière gauche restait abaissée; pouls sans fréquence. (*Tisanes émollientes; lavement camphré.*)

Le 17, la paupière droite était à son tour frappée de paralysie; une énorme quantité d'urine distendait la vessie; grande loquacité; soubresauts des tendons; langue toujours humide.

Le 18, la tête et la face étaient inondées de sueur, tandis que la peau du reste du corps était sèche; les deux yeux étaient fermés; les pupilles, très dilatées, se resserraient à peine à l'approche de la lumière; soubresauts des tendons très multipliés; face très rouge; pouls fré-

quent pour la première fois (cent un battements par minute); pas de selles. (*Lavement purgatif; petit-lait tamariné.*)

Assoupissement profond toute la journée. Mort sans agonie à sept heures du soir.

Ouverture du cadavre, faite trente-sept heures après la mort.

Crâne. Sinus cérébraux remplis de sang; substance cérébrale de consistance ordinaire, picotée d'une assez grande quantité de points rouges; une cuillerée à café environ de sérosité limpide dans chaque ventricule latéral.

Thorax. Anciennes adhérences des plèvres des deux côtés; poumon droit parsemé de tubercules miliaires; caverne à son sommet, pouvant loger un œuf de pigeon, remplie de pus. Dans le poumon gauche, également rempli de tubercules crus, existait une caverne plus considérable et vide. Cœur pâle, rempli de sang liquide.

Abdomen. Adhérence du grand épiploon aux parois abdominales par des brides celluleuses anciennes. L'estomac présente à son intérieur, à gauche du cardia, une plaque rouge, large comme un écu de trois francs; partout ailleurs la muqueuse est blanche et saine. La plupart des valvules du duodénum sont d'un rouge vif; dans leurs intervalles, la membrane muqueuse présente une teinte légèrement rosée. L'intestin grêle, ouvert dans toute son étendue, n'offre çà et là, vers sa partie moyenne, que quelques valvules rougeâtres et des arborisations peu nombreuses. Invagination de trois pouces dans le tiers supérieur du jéjunum; beaucoup de bile remplit tout

l'intestin grêle. Le gros intestin, rempli de matières fécales dures, est très blanc.

Une énorme quantité d'urine limpide distend la vessie, ainsi que l'uretère, le bassinet et les calices du rein droit.

Chaque jour de cette maladie fut en quelque sorte marqué par de nouveaux symptômes; la plupart des fonctions animales et organiques furent bouleversées tour à tour. Nous ferons principalement remarquer l'inégalité de dilatation des pupilles, la déviation momentanée de l'un des yeux, la paralysie alternative des deux paupières supérieures, les rapides passages d'un état lucide de l'intelligence à un délire complet, d'un coma profond à la plus violente agitation; l'hydrophobie bien caractérisée qui exista pendant douze heures; du côté des fonctions organiques, la respiration tantôt accélérée, et tantôt très rare; le trouble de la circulation, marqué dans les petits vaisseaux par les promptes alternatives de rougeur et de pâleur de la face, dans le cœur et dans les gros troncs artériels par l'extrême lenteur du pouls; la vessie frappée de paralysie, les fibres charnues du gros intestin devenues également insensibles à l'action des purgatifs; au milieu de ce désordre général, la persistance de l'état naturel de la langue.

Interrogée sur la cause appréciable de ce bouleversement de toute l'économie, l'anatomie pathologique ne montrera qu'une petite plaque rouge dans l'estomac, la rougeur des valvules du duodénum, et une assez forte congestion sanguine vers l'encéphale. Il faut donc admettre une activité toute particulière des sympathies chez

cet individu, ou bien reconnaître que la maladie était autre chose qu'une gastro-entérite ; mais aucune autre lésion n'existait. N'est-ce pas ce qui arrive à la suite de plusieurs maladies nerveuses ? n'est-ce pas par exemple ce qu'on observe dans le tétanos, et souvent dans l'épilepsie ?



CXVe OBSERVATION.

Une jeune fille de dix-sept ans fut prise, le 14 juillet 1820, d'une abondante épistaxis, qui reparut les jours suivants. En même temps diarrhée, malaise général. (*Application de sangsues à la région iliaque droite.*)

État du 19. Face pâle ; air étonné ; réponses pénibles, incertaines ; langue rouge et sèche à sa pointe ; ventre indolent et souple ; persistance du dévoiement ; pouls faible, peu fréquent ; peau sans chaleur ; abondante épistaxis cette nuit. (*Eau d'orge ; lavement de lin.*)

Le 20, déglutition difficile ; stupeur plus grande. (*Deux vésicatoires aux jambes.*)

Le 21, la malade était couchée, la tête légèrement renversée en arrière ; ses yeux fermés s'ouvraient lorsqu'on lui parlait, mais ne se fixaient sur aucun objet ; elle ne répondait point, bien qu'elle entendît et qu'elle parût comprendre. Elle se découvrait continuellement, se plaignait et poussait de temps en temps des cris perçants ; alors sa physionomie prenait l'expression de la plus vive douleur : souvent le thorax se soulevait, et les épaules étaient jetées en arrière par un mouvement brusque. Les deux mâchoires fortement serrées l'une contre l'autre, comme dans un commencement de téta-

nos, ne permettaient pas de voir la langue. Toutes les boissons qu'on essayait d'introduire dans la bouche étaient rejetées convulsivement. Trois ou quatre selles liquides; pouls petit, à peine fréquent; peau fraîche. (*Deux lavements de graine de lin avec addition de vingt grains d'assa fœtida dans chaque potion; avec six onces d'infusion de tilleul et dix grains de musc; orge.*)

Le 22, abondant écoulement de sang par les gencives; d'ailleurs, pas de changement notable. (*Quatre demi-lavements de camomille avec un scrupule d'assa fœtida, et dix grains de musc dans chaque; deux vésicatoires aux cuisses.*)

Le 23, amélioration sensible: face plus naturelle; réponses aux questions en balbutiant; efforts infructueux pour montrer la langue; elle est sèche et lisse. (*Deux nouveaux vésicatoires au-dessous de ceux appliqués la veille; d'ailleurs, même prescription.*)

Le 24, aspect de plus en plus naturel de la face; la malade comprenait très bien toutes les questions; elle y répondait tantôt par signes, tantôt par des paroles très peu distinctes. La langue était sèche et brunâtre; les gencives saignaient; la déglutition se faisait bien; la malade accusait une chaleur brûlante tout le long du pharynx et de l'œsophage; le pouls était sans fréquence, la peau sans chaleur. (*Même lavement; collutoire acidule.*)

25, la malade semblait n'avoir que le degré d'intelligence ordinaire à un enfant de sept à huit ans, et s'exprimait comme lui; la mâchoire inférieure était agitée d'un tremblement semblable à celui qui a lieu dans le

frisson fébrile ; la température de la peau s'était élevée, et le pouls avait acquis de la fréquence.

Le 26, l'état d'excitation des jours précédents était remplacé par une assez forte prostration ; les lèvres et la langue étaient encroûtées de fuliginosités; quatre selles liquides, involontaires, avaient eu lieu; la respiration était accélérée pour la première fois; le pouls conservait sa fréquence. (*Tisane d'orge gommée; potion avec huit grains de musc; collutoire avec le miel rosat et l'acide muriatique.*)

Dans la journée, la respiration devint de plus en plus gênée, et la malade succomba comme asphyxiée à cinq heures du soir.

Ouverture du cadavre.

Encéphale très sain, ainsi que ses enveloppes; épanchement d'un liquide rouge très foncé dans le canal rachidien. La moelle n'était d'ailleurs nullement comprimée, ses membranes avaient leur aspect naturel.

Épanchement abondant d'un liquide rouge dans le péricarde et dans les deux plèvres, qui ne présentaient non plus aucune trace d'inflammation. Poumons engoués et crépitants.

Large ecchymose entre les fibres des muscles droits un peu au-dessus des pubis.

L'estomac, distendu par des gaz, était généralement injecté à sa surface interne. Le long de sa grande courbure et sur sa paroi postérieure, existaient plusieurs plaques d'un rouge brunâtre, dues à une infiltration sanguine du tissu cellulaire sous-muqueux. L'intestin grêle était blanc jusqu'à deux pieds environ au dessus du cœ-

cum; dans ce dernier espace, touché d'abord extérieurement, il était dur, bosselé, considérablement épaissi en plusieurs points : ceux-ci correspondaient à autant d'ulcérations, dont le fond grisâtre était formé par le tissu lamineux considérablement épaissi. Dans l'étendue de quatre à cinq pouces au dessus de la valvule on n'observait plus qu'une seule et vaste ulcération.

Le cœcum et le reste du gros intestin étaient très blancs.

L'on observa chez cette jeune fille des symptômes nerveux moins multipliés, moins intenses que chez les deux malades précédents, et l'on trouva dans les intestins des lésions plus graves. Cependant chez cette malade le systême nerveux devait être au moins aussi impressionnable. Malgré l'état de phlegmasie des voies digestives, le pouls ne devint fréquent que deux jours avant la mort, et la température de la peau ne s'éleva non plus qu'à cette époque.

Le traitement actif qui fut employé tant à l'intérieur qu'à l'extérieur parut d'abord avantageux. Nous vîmes les symptômes nerveux diminuer, l'intelligence renaître, les traits de la face surtout revenir à leur état normal, pendant que le musc et l'assa fœtida étaient administrés, pendant que les membres inférieurs étaient couverts de nombreux vésicatoires. Nous pûmes observer dans le rétablissement lent et graduel des facultés intellectuelles un moment où, ayant cessé d'être pervertie et n'étant plus que faible, l'intelligence était tout-à-fait celle d'un jeune enfant.

Alors les symptômes d'une forte prostration apparu-

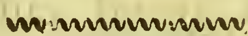
rent, la respiration devint tout à coup très gênée, et la vie s'éteignit.

Les épanchements sanguins de la plèvre et du péricarde, annoncés par la dyspnée, furent la cause immédiate de la mort.

Remarquons combien la tendance aux hémorragies était grande chez ce sujet. La muqueuse nasale, le tissu des gencives, l'arachnoïde rachidienne, les deux plèvres, la séreuse du péricarde, le tissu cellulaire sous-muqueux de l'estomac, le tissu cellulaire intermusculaire des parois abdominales, furent tour à tour ou simultanément le siége d'abondantes exhalations sanguines.

Si nous voulions nous livrer à des conjectures plus ou moins vraisemblables, nous demanderions si l'apparition des symptômes adynamiques et les épanchements séro-sanguinolents dans les séreuses ne datèrent pas du moment où les matières sanieuses fournies par les ulcères intestinaux furent absorbées et portées dans le torrent circulatoire. Les expériences de M. Gaspard, dont nous avons déjà parlé, permettent de proposer au moins cette question.

Notons encore l'état sain du gros intestin chez un individu atteint de dévoiement.



CXVIe OBSERVATION.

Un cocher de fiacre, âgé de vingt-cinq ans environ, fut apporté à l'hôpital dans un état de délire complet. Nous ne pûmes rien savoir sur son état antécédent, si

ce n'est qu'il était malade depuis quinze jours. Les yeux étaient injectés, les joues rouges, les lèvres sèches, la langue un peu animée et humide. Il lâchait fréquemment sous lui. Pouls faible, fréquent; peau peu chaude; quelques soubresauts de tendons. (*Deux vésicatoires aux jambes; tisane d'orge gommée.*)

Le lendemain, 18 décembre, persistance du délire; langue sèche, couleur de crème brûlée; pouls très fréquent et très faible.

Le 19, pour la première fois, le malade répondait aux questions, bien que délirant encore. L'air de stupeur était très prononcé; quelques pétéchies sur l'épigastre; respiration accélérée. (*Sinapismes.*)

Le 20, dernier degré de la prostration; face cadavéreuse; pouls filiforme, tellement fréquent, que les battements ne peuvent en être comptés; langue sèche et noire, selles involontaires.

Mort dans la journée.

Ouverture du cadavre.

Cerveau sain, ainsi que ses dépendances. Mélange d'engouement séro-sanguinolent et d'hépatisation rouge dans le lobe inférieur du poumon droit.

Injection légère du grand cul-de-sac de l'estomac; muqueuse d'épaisseur et de consistance ordinaires.

Blancheur parfaite des quatre cinquièmes supérieurs de l'intestin grêle. Dans le cinquième inférieur, élevures assez nombreuses, rouges, ovalaires, séparées par des intervalles où la muqueuse est blanche. Pas d'ulcérations.

Injection légère du cœcum. Dans le colon descen-

dant, points noirs isolés existant au centre d'une légère saillie de la muqueuse (follicules).

Rate volumineuse et très molle.

Nous voyons encore dans cette observation un exemple de délire sans lésion appréciable de l'encéphale, et un état à peu près sain de l'estomac avec une langue sèche et noire. Ici encore, comme chez plusieurs des précédents malades, se reproduit la question de savoir si c'est dans la lésion intestinale que peut souvent être placée la cause du délire. En rapprochant en particulier, sous ce point de vue, les observations CXIV, CXV, et CXVI, nous verrons, dans les deux dernières, le trouble du système nerveux exister en même temps qu'une lésion assez grave dés voies digestives, et dans l'observation CXIV, au contraire, nous ne trouverons pas de lésion intestinale qui puisse raisonnablement expliquer le désordre bien plus considérable du système nerveux. Notons aussi la péripneumonie que la respiration accélérée du dernier jour aurait pu faire soupçonner, et qui dut hâter la mort. Combien ne devons-nous pas être circonspects lorsque nous essayons de rattacher les symptômes aux altérations des organes ! Ce travail peut également devenir la source ou des plus importantes vérités ou des plus graves erreurs. Faisons ressortir enfin le volume énorme de la rate, et l'extrême mollesse de son tissu.

CXVII^e OBSERVATION.

Un allemand, âgé de 25 ans environ, présentait déjà un air de stupeur très prononcé lorsqu'il entra à l'hôpital : air étonné, regard fixe, bouche béante, taciturnité, langue sèche, ventre ballonné, constipation, pouls fréquent et plein, peau chaude. (*Seize sangsues au cou; lavement émollient; tisane d'orge.*)

Les deux jours suivants, délire, tremblement des membres; carphologie; soubresauts des tendons, tellement multipliés qu'ils empêchent de sentir le pouls; langue et dents fuligineuses. (*Application de vésicatoires aux extrémités inférieures; tisane d'orge.*)

Mort le quatrième jour de l'entrée.

Ouverture du cadavre, faite vingt-neuf heures après la mort.

Substance cérébrale très ferme; assez forte injection des vaisseaux de la pie-mère; quelques gouttes de sérosité dans les ventricules et à la base du crâne.

Poumons sains, ainsi que le cœur.

L'estomac resserré n'offrait guère que le volume du colon; sa surface interne était médiocrement injectée. La portion du grand cul-de-sac en rapport avec la rate présentait une perforation d'un à deux pouces de diamètre; ses bords étaient arrondis et réguliers; le tissu de l'estomac, blanc autour d'elle, était en même temps singulièrement aminci. Il n'était d'abord formé, dans l'étendue de deux à trois lignes, que par la tunique pé-

ritonéale déchirée. Quelques gouttes d'un liquide rougeâtre existaient sur la face interne de la rate, qui, à l'endroit de la perforation, suppléait aux parois de l'estomac. Il n'y avait dans le péritoine aucun liquide épanché, aucune trace de phlegmasie.

Intestin grêle sain; larges ulcérations à fond rouge, à bords irréguliers, sur les deux faces de la valvule iléocœcale et dans le cœcum. Plusieurs plaques rouges dans les colons ascendant et transverse.

Nous avons principalement cité cette observation à cause de la perforation dont l'estomac était le siége. Nous aurons occasion de revenir plus bas sur le mode de formation des perforations gastro-intestinales. Mais ce que nous voulons faire remarquer ici, c'est la situation particulière de la perforation. La rate, qui la bouchait, avait empêché qu'aucun liquide ne s'épanchât dans le péritoine.

Chez ce malade, la fermeté insolite de la substance cérébrale, l'injection de la pie-mère, l'état de l'estomac et du gros intestin paraissent rendre suffisamment raison des symptômes observés pendant la vie. La phlegmasie du gros intestin ne fut point annoncée par la diarrhée.



RÉSUMÉ GÉNÉRAL.

Après avoir retracé dans tous leurs détails les observations particulières qui nous ont paru les plus dignes d'intérêt, après avoir essayé d'en faire ressortir les circonstances les plus importantes dans des réflexions placées à la suite de chaque observation, nous allons présenter au lecteur, dans une sorte de résumé, quelques généralités qui ne seront que des corollaires rigoureusement déduits des cas particuliers. Nous passerons d'abord en revue les différentes lésions révélées par la nécroscopie, et nous en discuterons l'importance. Nous esquisserons ensuite le tableau analytique des différents symptômes, et nous chercherons jusqu'à quel point ces symptômes peuvent se rattacher aux lésions cadavériques, et être expliqués par elle. Enfin nous récapitulerons les diverses méthodes thérapeutiques mises en usage, et nous en apprécierons la valeur.

§ Ier. Lésions cadavériques.

Canal digestif.

TABLEAU SYNOPTIQUE DES DIFFÉRENTS ÉTATS QUE NOUS A OFFERTS LE CANAL DIGESTIF CONSIDÉRÉ DANS SES TROIS GRANDES DIVISIONS SOUS-DIAPHRAGMATIQUES, SAVOIR : L'ESTOMAC, L'INTESTIN GRÊLE ET LE GROS INTESTIN.

ESTOMAC.	INTESTIN GRÊLE.	GROS INTESTIN.
	LXXXe OBSERVATION.	
Surface interne blanche ; muqueuse d'épaisseur et de consistance ordinaire.	Injection assez vive de la membrane muqueuse, avec conservation de sa transparence, dans l'étendue seulement de six pouces au-dessus du cœcum. Points noirs.	Développement des follicules, plus considérable que de coutume.
	CIe OBSERVATION.	
Idem.	Blancheur dans toute l'étendue.	Plaques rouges éparses en petit nombre dans le colon transverse.
	XCIVe OBSERVATION.	
Injection de la muqueuse dans le grand cul-de-sac ; transparence conservée.	*Idem.*	Couleur brune et ramollissement de la muqueuse du cœcum et du colon ascendant, une ulcération dans le cœcum.
	CIIe OBSERVATION.	
Muqueuse rouge et un peu molle vers le grand cul-de-sac, dans une étendue de trois travers de doigt seulement.	*Idem.*	Blancheur générale.

ESTOMAC.	INTESTIN GRÊLE.	GROS INTESTIN.
CVII^e OBSERVATION.		
Rougeur de la muqueuse vers le grand cul-de-sac dans une étendue égale à la paume de la main; quelques petits points ramollis dans cet espace.	Injection de la muqueuse dans le cinquième supérieur.	Injection de la muqueuse du cœcum, du colon ascendant et de la première moitié du colon transverse.
CXIV^e OBSERVATION.		
Une seule plaque rouge, large comme un écu de trois livres, à gauche de l'orifice cardiaque.	Rougeur assez vive des valvules duodénales et de quelques unes des valvules du jéjunum.	Blancheur dans toute l'étendue.
XCIX^e OBSERVATION.		
Blancheur générale.	Plaques peu nombreuses, brunâtres, avec léger épaississement de la muqueuse qui les forme.	Développement des follicules.
CX^e OBSERVATION.		
Légère teinte rosée du grand cul-de-sac.	Quelques ulcérations, larges comme une pièce de cinq sous, dans le sixième inférieur, avec légère teinte rosée de la muqueuse dans leurs intervalles.	Blancheur générale.
CIX^e OBSERVATION.		
Blancheur générale.	Sept ou huit petites ulcérations vers la fin, avec rougeur légère autour d'elles.	Rougeur de la muqueuse cœcale.
LXXXIe OBSERVATION.		
Muqueuse picotée dans le grand cul-de-sac.	Rougeur livide du tiers inférieur.	Blancheur générale.

ESTOMAC.	INTESTIN GRÊLE.	GROS INTESTIN.
LXXXVe OBSERVATION.		
Membrane muqueuse picotée dans le grand cul-de-sac.	Blancheur générale. Quatre petites ulcérations immédiatement au-dessus de la valvule, dont deux auraient pu à peine admettre un pois, et les deux autres une pièce de vingt sous; escarre au fond de l'une d'elles.	Développement des follicules.
XCVIe OBSERVATION.		
Injection légère de la muqueuse dans le grand cul-de-sac.	Élevures assez nombreuses dans le quart inférieur, variant en étendue depuis le diamètre d'une petite tête d'épingle, jusqu'à celui d'une pièce de deux francs, avec blancheur parfaite de la muqueuse autour d'elles.	Blancheur générale.
CXVIe OBSERVATION.		
Idem.	Elevures assez nombreuses, rouges, ovalaires dans le cinquième inférieur. Muqueuse blanche dans les intervalles et dans les quatre cinquièmes supérieurs.	Injection légère du cœcum; follicules développés.
Ce OBSERVATION.		
Injection vive de la muqueuse dans la portion pylorique.	Rougeur intense et épaississement de la muqueuse dans l'étendue d'un pied et demi au-dessus du cœcum. Dans cet espace trois élevures oblongues, rouges, ayant chacune quatre lignes de long sur une ou deux de large.	Plaques rouges très petites et très multipliées jusqu'à l'S iliaque.

ESTOMAC.	INTESTIN GRÊLE.	GROS INTESTIN.
	CIIIe OBSERVATION.	
Rougeur de la muqueuse dans le grand cul-de-sac.	Assez vive rougeur dans le cinquième inférieur, n'existant d'abord que par plaques isolées, puis devenant continue dans l'étendue d'un pied et demi au-dessus du cœcum. Dans ce dernier espace trois ulcérations superficielles pouvant recevoir au plus un centime.	Injection assez vive de la muqueuse cœcale.
	CVIe OBSERVATION.	
Blancheur générale.	Quelques plaques rouges dans le quart inférieur du jéjunum; élevures nombreuses, lenticulaires, blanches, vers la fin de l'iléum; muqueuse blanche.	Elevures semblables, mais plus rares. Muqueuse injectée.
	CXIIIe OBSERVATION.	
Injection de la muqueuse le long de la petite courbure; points rouges autour des vaisseaux.	Muqueuse blanche partout; deux ou trois petites élevures et huit à dix ulcérations d'une à deux lignes de diamètre dans l'étendue d'un pied au-dessus du cœcum.	Une plaque rouge à l'union des colons transverse et descendant.
	CVIIIe OBSERVATION.	
Couleur brune de la muqueuse dans le grand cul-de-sac et à la face antérieure.	Une seule ulcération un peu au-dessus de la valvule, égalant le diamètre d'un écu de trois livres; muqueuse brune autour d'elle.	Ulcérations nombreuses dans le cœcum.
	XCVIIIe OBSERVATION.	
Injection légère du grand cul-de-sac.	Forte injection dans les trois cinquièmes inférieurs.	Rougeur vive du cœcum; plaques rouges éparses dans le colon transverse; ulcérations du rectum avec exsudation membraniforme à sa surface interne.

ESTOMAC.	INTESTIN GRÊLE.	GROS INTESTIN.
	CXVII^e OBSERVATION.	
Injection légère ; une seule ulcération dans le grand cul-de-sac ayant donné lieu à la perforation des parois.	Blancheur générale.	Ulcérations dans le cœcum ; rougeur des colons ascendant et transverse.
	LXXXIIe OBSERVATION.	
Forte injection dans la portion pylorique.	Cinq à six larges ulcérations à fond rougeâtre formé par la tunique charnue ; injection faible de la muqueuse autour d'elles.	Blancheur générale.
	XCVIII^e OBSERVATION.	
Blancheur générale.	Ulcérations dans l'étendue d'un pied au-dessus du cœcum.	Ulcérations lenticulaires dans le cœcum.
	XC^e OBSERVATION.	
Ecchymoses sous-muqueuses.	Plaques rouges dans le tiers inférieur, saillantes, du diamètre d'un pois à celui d'une pièce de trente sous, transformées la plupart en escarres, ou en ulcères qui succédaient à la chute de celles-ci ; injection médiocre de la muqueuse entre elles.	Ulcères petits et peu nombreux.
	XCI^e OBSERVATION.	
Quelques plaques rosées.	Elevures brunes dans le sixième inférieur, transformées la plupart en escarres, ou en ulcères qui succédaient à la chute de celles-ci ; injection médiocre de la muqueuse entre elles.	Injection assez vive de la muqueuse du cœcum et du colon ascendant avec développement des follicules.
	LXXXIIIe OBSERVATION.	
Légère teinte rosée dans le grand cul-de-sac.	Blancheur générale de la muqueuse ; ulcérations lenticulaires	Blancheur générale.

ESTOMAC.	INTESTIN GRÊLE.	GROS INTESTIN.
	dans le quart inférieur à bord et à fond blanc, plus confluentes et plus larges dans l'étendue d'un demi-pied au-dessus de la valvule; escarres au fond de quelques unes; deux ou trois élevures blanches du volume d'une lentille.	

LXXXIVe OBSERVATION.

Petites taches rouges éparses, égalant par leur réunion une pièce de quarante sous.	Dans le quart inférieur, plaques noires formées par la muqueuse boursouflée et ramollie; ulcères à leur centre.	Ulcérations à bord rougé dans le cœcum, quelques plis rouges dans l'S iliaque.

LXXXVIe OBSERVATION.

Injection sous-muqueuse dans le grand cul-de-sac.	Dans l'étendue d'un pied au-dessus de la valvule, gangrène de la muqueuse; ulcérations nombreuses; quelques élevures.	Blancheur générale.

XCIIe OBSERVATION.

Injection de la muqueuse dans le grand cul-de-sac.	Elevures coniques dans l'iléum; ulcérations succédant à leur destruction. Au-dessus du cœcum, larges plaques ovalaires, saillantes, formées à la fois par la muqueuse désorganisée, et par le tissu sous-muqueux engorgé.	Mêmes plaques dans le cœcum.

XCIIIe OBSERVATION.

Injection de la muqueuse le long de la petite courbure.	Très larges plaques dans le cinquième inférieur, semblables aux précédentes, occupant tout le pourtour de l'intestin au-dessus de la valvule.	Vive rougeur du cœcum et du colon ascendant.

ESTOMAC.	INTESTIN GRÊLE.	GROS INTESTIN.
	XCVII° OBSERVATION.	
Blancheur générale.	Ulcérations nombreuses dans le tiers inférieur, plus confluentes près de la valvule, à fond noir et comme gangrené dans quelques unes ; rougeur de la muqueuse autour d'elles.	Rougeur livide de la muqueuse cœcale; plaques rouges dans le colon transverse.
	CV° OBSERVATION.	
Idem.	Elevures nombreuses dans le cinquième inférieur, du diamètre de trois à six lignes, d'un rose pâle ; ulcères au centre de quelques unes ; plusieurs ulcérations égales à une pièce de quarante sous un peu au-dessus de la valvule ; muqueuse blanche dans les intervalles.	Exanthème confluent dans le cœcum et le colon ; muqueuse rouge.
	CIV° OBSERVATION.	
Injection légère dans le grand cul-de-sac.	Ulcérations nombreuses dans l'étendue d'un pied au-dessus du cœcum.	Cinq à six ulcérations dans le cœcum dont la muqueuse était rouge.
	CXV° OBSERVATION.	
Ecchymoses sous-muqueuses.	Dans l'étendue de deux pieds au-dessus du cœcum, vastes ulcérations; le tissu lamineux de leur fond présentait un épaississement considérable.	Blancheur générale.
	CXI° OBSERVATION.	
Quatre ou cinq plaques rouges vers le grand cul-de-sac, égalant chacune une pièce de trois livres.	Dans l'espace d'un pied au-dessus du cœcum, élevures rouges ou blanches, confluentes près de la valvule, variant en étendue,	Injection du cœcum.

ESTOMAC.	INTESTIN GRÊLE.	GROS INTESTIN.
	depuis le diamètre d'une pièce de dix sous jusqu'à celui d'une pièce de cinq francs.	
	CXIIe OBSERVATION.	
Six à huit petites ulcérations du diamètre d'un centime le long de la grande courbure. Muqueuse médiocrement rouge entre elles.	Quelques plaques rouges éparses.	Blancheur générale.
	LXXXVIIe OBSERVATION.	
Couleur brune et ramollissement de la muqueuse dans le grand cul-de-sac et le long de la grande courbure.	Assez vive injection sous-muqueuse du tiers supérieur ; blancheur du tiers moyen ; rougeur et mollesse de la muqueuse du tiers inférieur ; ulcérations nombreuses dans l'étendue de deux pieds au-dessus du cœcum.	Muqueuse cœcale rouge, épaisse, présentant six ou sept ulcères qui auraient à peine admis une tête d'épingle ordinaire ; plaques rouges éparses dans le reste du gros intestin.
	LXXXIXe OBSERVATION.	
Couleur brune et ramollissement de la muqueuse dans le grand cul-de-sac.	Cinq ulcérations dans l'étendue d'un demi-pied au-dessus du cœcum, égalant chacune une pièce de cinq sous; muqueuse brune et molle dans cet espace.	Une petite ulcération isolée au-dessous de la valvule ; injection médiocre de la muqueuse du cœcum et du colon.
	XCVe OBSERVATION.	
Muqueuse rouge et molle dans presque toute son étendue.	Dans l'espace d'un demi-pied au-dessus de la valvule, élevures nombreuses, blanches, du diamètre d'une pièce de vingt sous; mu-	Rougeur livide de la muqueuse du cœcum et du colon ascendant.

ESTOMAC.	INTESTIN GRÊLE.	GROS INTESTIN.
	queuse brune seulement dans l'étendue de deux ou trois travers de doigt au plus au-dessus de la valvule.	

Pour pouvoir apprécier la nature et la valeur des lésions qui se trouvent retracées dans le tableau précédent, il est nécessaire d'étudier, d'une manière spéciale, les caractères anatomiques de l'inflammation du canal digestif. Si, en effet, l'anatomie pathologique a exercé sur les progrès de l'art de guérir une salutaire influence, avouons aussi que cette science a souvent égaré ceux qui l'interrogeaient, soit parce qu'ils en faisaient une étude trop superficielle, soit parce qu'ils la cultivaient dans l'unique but d'y trouver des faits en faveur d'un système. C'est ainsi que l'anatomie de l'homme malade, qui devrait être, comme l'anatomie de l'homme sain, la plus positive de toutes les sciences, a ouvert un champ vaste aux hypothèses, et par conséquent à l'erreur. Attachons-nous à décrire exactement, et même minutieusement, les lésions cadavériques ; c'est le plus sûr moyen d'éviter les graves inconvénients que je viens de signaler. Tant qu'on n'a décrit, par exemple, que d'une manière vague les différentes dégénérations organiques, combien d'observations contradictoires n'ont pas été publiées sur leur curabilité plus ou moins facile, sur leur danger plus ou moins grand ! La science a fait, sous ce rapport, d'incontestables progrès, depuis que ces diverses dégénérations ont été étudiées, classées et distinguées les unes des autres, avec

cette même minutieuse exactitude qui a guidé les anatomistes de nos jours dans la dissection des plus petits filets nerveux et des moindres ramifications vasculaires.

Si l'on avait apporté autant de soin dans l'étude des lésions de la membrane muqueuse gastro-intestinale ; si, pour mieux connaître l'état inflammatoire, soit de cette membrane, soit des tissus subjacents, on avait examiné ces parties dans toutes les maladies et dans tous les genres de mort, on aurait sans doute abrégé les discussions qui s'élèvent chaque jour sur l'état sain ou malade des diverses portions du tube digestif.

Quelques plaques rouges trouvées dans les intestins suffisent-elles pour causer les désordres de toute espèce qui accompagnent les fièvres graves ? Une vive rougeur du canal intestinal, des ulcérations variables en nombre et en étendue, ne doivent-elles être considérées que comme de simples complications de la maladie ? Telle est l'importante question qui peut être, sinon résolue, du moins éclaircie par une connaissance exacte de l'anatomie pathologique du tube digestif. Nous allons donc exposer les caractères anatomiques de l'inflammation de ce canal, considéré dans sa portion sous-diaphragmatique.

Caractères anatomiques de l'inflammation du canal digestif[1].

Le canal digestif enflammé, vu à l'extérieur, est en général resserré, et il paraît injecté.

[1] Cet article est extrait d'un Mémoire sur l'anatomie pathologique du canal intestinal, lu à l'académie royale de médecine.

Mais le resserrement des intestins existe quelquefois indépendamment de leur inflammation. Il est assez fréquent, par exemple, de trouver fortement contractée et réduite au volume d'un intestin grêle, la portion pylorique de l'estomac, bien qu'à sa face interne l'on ne trouve aucune trace de phlegmasie. Souvent aussi nous avons vu le gros intestin fortement et uniformément contracté depuis le cœcum exclusivement jusqu'au rectum, et cependant sa membrane muqueuse n'était nullement altérée.

L'injection visible à l'extérieur réside quelquefois uniquement dans le tissu cellulaire sous-péritonéal; plus souvent elle a son siége dans la couche celluleuse placée entre la tunique muqueuse et la musculaire; mais, dans aucun cas, elle ne peut indiquer l'état de la muqueuse. Il nous est fréquemment arrivé de trouver cette membrane évidemment enflammée, désorganisée, ulcérée, dans des portions d'intestins qui, vues et touchées à l'extérieur, avaient été regardées comme saines.

De graves erreurs peuvent donc être commises si, comme on le fait quelquefois, on prétend juger de l'état sain ou malade de l'intestin par l'aspect de sa surface extérieure.

Si nous examinons sa surface interne, nous la verrons se présenter sous une foule d'aspects différents. Souvent dans une étendue plus ou moins grande s'observe une couleur rouge uniforme, qui varie depuis le rouge vermeil le plus intense jusqu'au brun le plus foncé. Tantôt cette rougeur va en s'affaiblissant par degrés; c'est ce qu'on observe surtout dans l'intestin grêle. Tantôt elle se termine d'une manière brusque, comme on le voit

fréquemment à l'union de la portion pylorique de l'estomac avec sa portion splénique, à la jonction de l'estomac et du duodénum, à la valvule iléo-cœcale dont on trouve souvent la face supérieure très rouge, tandis que l'inférieure est très blanche, et réciproquement. Les valvules de l'intestin grêle sont ordinairement d'un rouge beaucoup plus foncé que les intervalles qui les séparent; mais si on les déplisse, on voit disparaître cette couleur plus intense, qui dépend de l'adossement des deux feuillets de la muqueuse; d'autres fois existent d'espace en espace des plaques rouges ou brunes, arrondies ou de forme irrégulière, dans l'intervalle desquelles la surface interne de l'intestin est à peu près blanche; ces plaques semblent former comme autant de phlegmasies isolées. Il n'est pas rare de rencontrer, au lieu d'une teinte rouge uniforme, des arborisations multipliées, dues à une forte injection des vaisseaux et à leurs innombrables anastomoses. Autour de ces vaisseaux apparaissent fréquemment une foule de petits points rouges, qui semblent résulter tantôt d'une injection partielle plus vive, et tantôt d'un léger épanchement sanguin circonscrit. Enfin, de la surface interne de l'intestin s'élèvent quelquefois des boutons, des pustules, des végétations, de forme et de grandeur variées.

Mais il ne suffit pas d'avoir ouvert le canal intestinal, et d'avoir observé plus ou moins attentivement l'état de sa surface interne : il faut encore isoler la membrane muqueuse des tissus subjacents, l'étudier ainsi séparée, et constater ensuite quelles lésions ont subies les autres tuniques. C'est ce qui va maintenant nous occuper.

Si l'on ouvre l'estomac ou une portion quelconque d'in-

testin d'un animal vivant, on trouve que, hors le temps de la digestion, la muqueuse est partout blanche ou d'un blanc rosé. A travers son tissu parfaitement transparent, on peut voir le tissu lamineux subjacent; il n'est ordinairement que médiocrement injecté; il s'injecte davantage si l'animal s'agite beaucoup et se livre à de violents efforts. Pendant le travail de la chymification, la muqueuse gastrique se colore en un rouge ordinairement peu foncé. A mesure que le chyme s'avance dans les intestins grêles, la muqueuse de ceux-ci s'injecte à son tour comme celle de l'estomac. La même coloration s'observe dans les portions du gros intestin où les matières fécales s'accumulent et séjournent. C'est ainsi que chez plusieurs lapins dont nous avons eu occasion d'examiner le tube digestif, nous avons trouvé d'un rouge assez vif la muqueuse de leur énorme cœcum qui est toujours rempli d'une grande quantité de matières.

Sous le rapport de son épaisseur, la membrane muqueuse des voies digestives présente de grandes variétés dans les divers points de son étendue. C'est dans l'estomac qu'elle a son *maximum* d'épaisseur; elle est moins épaisse dans l'intestin grêle; elle l'est moins encore dans le cœcum et dans le colon, où elle ne représente plus qu'une sorte de pellicule très mince.

Sa consistance est partout en raison directe de son épaisseur; ainsi dans l'estomac, on peut facilement en détacher de vastes lambeaux, la tirer assez fortement en divers sens, sans qu'elle se rompe. Dans le gros intestin, la moindre traction la déchire.

Son adhérence au tissu lamineux subjacent est peu considérable dans l'estomac. Dans le duodénum, ce n'est

qu'avec une extrême difficulté qu'on l'en sépare. Dans le reste de l'intestin grêle, l'adhérence de la muqueuse est plus intime là où existent les valvules, que dans leurs intervalles. Dans le gros intestin, cette adhérence est assez forte.

Telle nous a paru la muqueuse digestive dans son état physiologique. Atteinte de phlegmasie, elle présente de nombreuses modifications dans sa couleur, son épaisseur, sa consistance, sa texture, souvent dans l'état de ses follicules; les liquides qui tapissent sa surface subissent aussi un changement notable sous le rapport de leur quantité et de leurs qualités.

Le premier effet de l'inflammation est d'appeler une plus grande quantité de sang dans la partie de la muqueuse dont elle s'est emparée. Détachée alors, et placée entre l'œil et le jour, tantôt cette membrane paraît parcourue par de nombreux réseaux vasculaires, tantôt elle offre une teinte rouge uniforme, et elle intercepte complétement le passage des rayons lumineux. Ce dernier état indique un afflux plus considérable du sang; les plus petites ramifications vasculaires en sont remplies, et elles se pressent tellement les unes contre les autres, qu'aucun intervalle n'existe plus entre elles. Les anatomistes, dans leurs injections artificielles, donnent facilement aux tissus, et surtout aux tissus membraneux, cette teinte rouge uniforme.

Au lieu de présenter une couleur rouge, la membrane muqueuse enflammée offre souvent une teinte brune plus ou moins foncée. Cette teinte ne dépend pas de l'ancienneté de la phlegmasie; on la voit survenir dans un très court espace de temps, lorsque l'inflammation est

vive, et alors elle semble annoncer un commencement de désorganisation de la membrane. Portez dans l'estomac d'un animal un poison corrosif énergique, tel que le deuto-chlorure de mercure, l'acide arsénieux, l'acétate de cuivre, etc. ; vous trouverez au bout de très peu de temps, d'une heure par exemple, la muqueuse d'un rouge cerise dans plusieurs points, d'un gris brunâtre dans d'autres. Quelquefois cette dernière couleur existe seule. M. le professeur Orfila a trouvé également la muqueuse gastrique d'un rouge brun très foncé, chez des animaux qui, vingt-quatre heures auparavant, avaient avalé de l'euphorbe. Chez l'homme, la muqueuse de l'estomac offre souvent la même teinte, en même temps qu'elle est ramollie.

Il résulte de ces faits que la couleur brune de la muqueuse digestive est un produit de son inflammation, et qu'elle peut se manifester également, soit dans les phlegmasies sur-aiguës qui déterminent en un très court espace de temps la désorganisation du tissu dont elles s'emparent, soit dans les phlegmasies chroniques qui amènent à la longue le même résultat.

En même temps que la muqueuse se pénètre de sang, elle doit nécessairement s'épaissir. Cet épaississement, comme l'inflammation qui lui a donné naissance, peut être général ou circonscrit. Il est surtout très marqué dans les inflammations chroniques ; nous avons vu plusieurs fois, dans des cas d'anciennes diarrhées, la muqueuse du colon offrir une épaisseur égale à celle que présentent, dans l'état ordinaire, les quatre tuniques réunies des intestins.

L'épaississement circonscrit de la muqueuse est assez

fréquent ; il se présente sous forme de plaques arrondies ou oblongues, faisant au-dessus du reste de la face interne du canal une saillie de deux à trois lignes. La surface de ces plaques est lisse, rugueuse ; la muqueuse qui les entoure est tantôt parfaitement blanche et transparente, tantôt plus ou moins vivement injectée. Leur dimension est variable ; les plus grandes que nous ayons trouvées avaient au moins l'étendue d'une pièce de cinq francs ; les plus petites égalaient la largeur d'une pièce de dix sous. Ces épaississements partiels de la muqueuse sont très rares dans l'estomac, plus communs dans le gros intestin, et surtout dans le colon transverse, plus communs encore dans la partie inférieure de l'intestin grêle. On n'en trouve quelquefois qu'un seul, plus ou moins large; d'autres fois ils existent en très grand nombre. Sous le rapport de leur couleur, on peut en admettre deux espèces : les uns sont rouges, et paraissent être de formation récente ; les autres sont d'un blanc plus mat que le reste de la muqueuse, et paraissent être le résultat d'une ancienne phlegmasie dont les autres signes ont disparu ; c'est une sorte de terminaison par induration.

Lorsque l'épaississement de la muqueuse est considérable, elle conserve, dans le plus grand nombre de cas, sa consistance, ou même acquiert une densité plus grande; mais d'autres fois on trouve cette membrane avec son épaisseur ordinaire, et singulièrement ramollie.

Les observations pathologiques et les expériences faites sur les animaux vivants démontrent que le ramollissement de la muqueuse peut s'opérer dans un temps très court, pour peu que l'inflammation soit énergique. Une demi-heure après que quelques grains de deuto-chlorure

de mercure eurent été injectés dans l'estomac d'un chien, M. Brodie a constaté que la muqueuse gastrique de cet animal avait subi un ramollissement remarquable.

Dans cet état, il est impossible de détacher la muqueuse sous forme de membrane; elle est demi-liquide, et le plus léger grattage avec le scalpel, le simple frottement du doigt la réduit en une sorte de pulpe ou de bouillie rougeâtre.

Un pareil ramollissement s'observe quelquefois dans des muqueuses qui sont parfaitement blanches. Cet état, de même que les plaques blanches circonscrites dont nous avons déjà parlé, ne peut-il pas être considéré comme le résultat d'une ancienne phlegmasie? Nous verrons plus tard que cet état comme pulpeux de la muqueuse avec blancheur de son tissu est une des lésions que présente le gros intestin dans les cas de diarrhées chroniques.

Non seulement la muqueuse enflammée s'épaissit et se ramollit, mais quelquefois s'élèvent de sa face interne des espèces de végétation, de couleur rouge ou brune, de forme conique, d'une mollesse extrême, pressées les unes contre les autres, et faisant une saillie de quatre à cinq lignes au-dessus du reste de la membrane. Elles ressemblent assez aux franges de la face inférieure de la langue, en supposant celles-ci divisées en petits fragments suivant leur longueur; elles sont mobiles et flottantes comme elles. On a trouvé un grand nombre de pareilles végétations dans l'estomac d'un homme qui périt deux mois après avoir avalé de la poudre de cantharides (Orfila). Nous ne les avons observées que dans le gros intestin.

Au lieu de ces végétations, la membrane muqueuse présente quelquefois des élevures blanches, coniques, saillantes d'une demi-ligne à une ligne, ayant à leur base la largeur d'une lentille; la plupart, déprimées à leur sommet, offrent une ressemblance exacte avec les pustules de la variole. On les trouve rarement isolées; elles sont le plus ordinairement groupées, à l'instar de l'éruption d'une variole confluente. Dans leurs intervalles, la muqueuse est tantôt rouge, tantôt à peine injectée. Nous n'avons jamais rencontré ces pustules dans l'estomac. Nous avons vu une fois la face interne du duodénum recouverte par elles dans ses deux premières portions, nous les avons observées trois fois dans le colon transverse; mais c'est dans les deux cinquièmes inférieurs de l'intestin grêle qu'elles se développent le plus souvent.

Nous avons plus fréquemment observé dans le colon des élevures d'un aspect différent. Elles sont coniques comme les précédentes, et ont leur siége dans la muqueuse, qu'on enlève avec elles. Mais leur base est beaucoup plus large, leur hauteur plus considérable; elles se terminent par un sommet pointu; elles sont d'un rouge cerise intense; la muqueuse est un peu injectée autour d'elles. Nous ne saurions en donner une idée plus exacte qu'en les comparant à ces petites tumeurs de la peau connues sous le nom de clous ou furoncles.

M. Lerminier a proposé de désigner ces diverses espèces d'éruptions sous le nom générique d'*exanthème interne.* Elles présentent un grand nombre d'autres variétés que nous avons signalées dans les observations particulières.

La muqueuse enflammée est modifiée dans ses fonc-

tions, comme tous les tissus atteints de phlegmasie. L'examen des changements que subit l'absorption continuelle qui s'opère à sa surface n'est pas du ressort de l'anatomie pathologique; nous ne devons donc pas nous en occuper ici. Mais nous indiquerons les modifications qu'éprouvent les liquides qu'elle sécrète, sous le rapport de leurs qualités et de leur quantité.

Les changements de qualité du mucus gastrique et intestinal ne peuvent pas être toujours facilement appréciés, parce qu'il est mêlé, soit aux boissons et au chyme, soit aux fluides biliaire et pancréatique.

Il présente deux modifications importantes : tantôt, au lieu d'être visqueux, filant, assez consistant, il devient beaucoup plus liquide et ressemble à de la sérosité ; tantôt, au contraire, il acquiert une plasticité plus grande, se concrète et se transforme en fausse membrane. Tous les auteurs ont parlé des fausses membranes qui, dans la dysenterie, tapissent la face interne du colon, et qui sont rendues avec les selles. Peuvent-elles dans quelques cas s'organiser, contracter entre elles des adhérences, comme les fausses membranes des séreuses, et donner lieu à l'oblitération d'un point de l'intestin? On lit en effet dans les auteurs des exemples d'intestins enflammés qui se sont ainsi partiellement oblitérés. Nous n'avons point eu occasion de constater l'organisation de cette espèce de fausses membranes. Nous ne les avons vues que dans l'estomac et dans le gros intestin.

C'est ainsi que nous avons trouvé toute la surface interne de la portion pylorique de l'estomac tapissée par une couche grisâtre, tenace, s'enlevant par lambeaux, simplement apposée sur la muqueuse, dont elle avait au

moins l'épaisseur. Chez une jeune fille de douze ans, dont l'estomac, à sa face interne, présentait un grand nombre de plaques rouges, s'étendant, sous forme de larges bandes, depuis le cardia jusqu'au pylore, nous avons trouvé chacune de ces plaques recouverte par une couche membraniforme, grisâtre, comme couenneuse. Dans leur intervalle, la surface interne de l'estomac, très blanche, n'était tapissée par aucune fausse membrane.

Il n'est pas rare de trouver les portions d'intestin enflammées remplies par un liquide rougeâtre, qui paraît être dû à un mélange de mucus et de sang. Le cœcum et la fin de l'intestin grêle sont les parties où on le rencontre le plus souvent. Nous avons quelquefois observé des paquets d'ascarides plongés au milieu de ce liquide sanguinolent, qui n'existait qu'autour d'eux.

En injectant du sublimé corrosif dans le tissu cellulaire sous-cutané d'un animal, M. le docteur Smith a trouvé la muqueuse gastrique recouverte par une abondante exhalation sanguine.

La quantité du liquide exhalé par la muqueuse enflammée est quelquefois prodigieuse. Morgagni a cité l'exemple d'une femme qui, en un seul jour, rendit par l'anus quarante livres de sérosité limpide. La débilitation dans laquelle une perte si abondante jette l'économie peut être assez considérable pour produire la mort dans un très court espace de temps.

Ce n'est pas seulement la sécrétion de la muqueuse qui, dans ce cas, est modifiée et augmentée; les autopsies cadavériques démontrent que l'intestin enflammé sollicite une sécrétion plus abondante de bile, qui afflue vers les parties frappées de phlegmasie. Stoll avait déjà

signalé ce fait; mais, loin de regarder l'afflux de la bile comme dû à une inflammation préexistante de l'intestin, il regardait celle-ci comme un effet de la présence du liquide hépatique. Nous avons déjà vu que cette opinion de Stoll ne paraît pas dans quelques cas dénuée de fondement.

Le tissu cellulaire sous-muqueux reste, dans le plus grand nombre des cas, parfaitement intact au-dessous de la muqueuse vivement enflammée et même désorganisée. Quelquefois on le trouve assez fortement injecté; quelquefois aussi, de même que le tissu cellulaire qui entoure les artères, il acquiert une extrême fragilité. On peut alors très facilement détacher la muqueuse, sans la déchirer, dans l'étendue de plusieurs pouces. On a vu dans quelques circonstances des épanchements sanguins se former dans ses mailles. Nous en avons rencontré quelques exemples dans les cadavres humains. M. Orfila les a observés chez les animaux empoisonnés par le garou. Enfin, dans beaucoup de phlegmasies chroniques, le tissu cellulaire sous-muqueux devient plus dense, et d'une dureté comme squirreuse. Son épaisseur surpasse alors quelquefois celle de toutes les tuniques réunies. Plus rarement, nous l'avons trouvé ramolli et comme pulpeux.

La tunique musculaire présente peu d'altérations dans sa texture. Nous l'avons vue cependant très ramollie dans quelques cas; la plus légère traction suffisait alors pour la rompre. Dans d'autres cas, elle nous a paru considérablement épaissie. Nous l'avons trouvée, dans le colon transverse et descendant, d'une densité et d'une dureté squirreuses; mais la disposition de ses fibres était encore

très distincte; l'on reconnaissait parfaitement le plan longitudinal et le circulaire. Quelquefois enfin nous l'avons trouvée d'un rouge foncé, tandis qu'elle est blanche dans son état sain.

Mais si l'inflammation de la muqueuse se propage rarement à la tunique charnue, on voit fréquemment celle-ci s'irriter sympathiquement, et se contracter dans les points où existe le stimulus. On peut facilement constater ce fait par des expériences directes: si chez un animal l'on injecte une substance irritante quelconque dans le canal intestinal, l'on observe que l'intestin se durcit et se resserre là où sa face interne est en contact avec le poison.

Le resserrement de l'intestin persiste après la mort, comme nous l'avons déjà vu. Ordinairement partiel comme la phlegmasie, il existe très rarement dans toute l'étendue du canal. Un des faits les plus remarquables de ce genre est celui que M. Tartra a cité dans sa thèse. Un individu succomba trois mois après avoir avalé de l'acide nitrique; le canal digestif était réduit à un si petit volume qu'*on l'aurait, pour ainsi dire, tenu dans le creux de la main*; il n'avait dans toute sa longueur que le calibre d'un tuyau de plume.

Les contractions irrégulières et multipliées dont la membrane musculaire de l'intestin enflammé devient le siége ne peuvent-elles pas être regardées comme une des causes des invaginations intestinales?

Peyer en a fort bien observé le mécanisme chez les grenouilles vivantes. En irritant les intestins de ces animaux, il les vit se resserrer fortement en plusieurs points, tandis que dans d'autres ils restaient distendus par des

aliments et par des gaz ; il vit ces dernières portions recevoir les premières : *Hæ ita ampliatæ intra se receperunt constrictas intestini portiones, easque sinu suo absconditas aliquamdiù detinuerunt, donec, fibris se denuò exporrigentibus, intestini pars una è latibulo alterius, velut è domunculo limax, pristinam in sedem rediret.*

Mais bien que beaucoup d'auteurs aient dit avoir trouvé constamment la muqueuse très enflammée là où existaient des intussusceptions, soit qu'elles fussent regardées comme la cause ou l'effet de la phlegmasie, nous pouvons affirmer qu'elles existent le plus souvent sans inflammation des intestins. Il est probable que beaucoup d'entre elles ne se forment qu'au moment de la mort, époque à laquelle le mouvement péristaltique des intestins devient beaucoup plus actif, ainsi que le démontrent les expériences faites sur les animaux vivants.

Considérées sous le rapport de leur siége, les intussusceptions intestinales sont loin d'être également fréquentes dans les diverses portions du tube digestif. L'iléum en est le siége le plus ordinaire. Fabrice de Hilden et Bartholin ont vu le cœcum reçu dans l'iléum ; Hartmann a trouvé, au contraire, l'iléum reçu dans le cœcum. Les invaginations du colon sont très rares. Mekel dit avoir vu le colon transverse et descendant introduit dans la portion recourbée de cet intestin, connue sous le nom d'S iliaque. Bonet a cité un exemple d'invagination du rectum chez un homme qui mourut avec une constipation opiniâtre et des vomissements de matières fécales. Faut-il croire à la véracité d'un auteur allemand qui dit avoir vu le duodénum invaginé dans le canal cholédoque ?

Sous le rapport de leur disposition, l'on a remarqué que c'est le plus communément la partie supérieure de l'intestin qui est reçue dans l'inférieure.

Elles sont quelquefois très multipliées; on en a observé jusqu'à sept chez un même sujet.

Leur longueur peut varier depuis quelques pouces jusqu'à plus de deux pieds.

Les symptômes produits par les invaginations de l'intestin varient suivant leur grandeur, leur situation, leur nombre, et le degré d'oblitération de l'intestin.

Le tissu cellulaire sous-péritonéal est encore plus rarement affecté que le sous-muqueux; comme lui, il peut devenir très fragile; comme lui aussi, il peut acquérir une grande épaisseur. On trouve dans ce dernier cas la membrane péritonéale séparée de la musculaire par une couche celluleuse, épaisse de deux à trois lignes, tandis que dans l'état ordinaire on la suppose plutôt qu'on ne la voit réellement.

La tunique péritonéale reste presque toujours intacte: quelquefois cependant elle présente, comme les deux membranes lamineuses, une grande fragilité.

Nous avons trouvé dans quelques cas toutes les tuniques de l'intestin également ramollies à la fois au plus haut degré. La traction la plus légère suffit alors pour déchirer ses parois; elles se réduisent en pulpe dès qu'on les froisse un peu entre les doigts.

Ce ramollissement général nous a paru être plus commun dans l'estomac que dans aucune autre portion de l'intestin.

La muqueuse digestive, désorganisée par l'inflamma-

mation, tend à se détruire dans une étendue plus ou moins grande; et soit que les particules qui composaient son tissu soient résorbées, soit qu'elles soient entraînées au dehors avec les matières contenues dans l'intestin, il en résulte des ulcérations qui ont constamment leur origine dans la membrane muqueuse, primitivement ou secondairement enflammée.

Les ulcérations peuvent se développer dans toutes les parties de l'intestin, depuis le cardia jusqu'à l'anus; mais leur fréquence est loin d'être partout la même. Ainsi elles sont assez rares dans l'estomac, et plus rares encore dans le duodénum et le jéjunum; elles sont très communes dans le tiers inférieur de l'intestin grêle; on en trouve moins souvent dans les diverses parties du gros intestin. On peut juger de leur fréquence respective par le tableau suivant; il résulte de l'ouverture de soixante et onze cadavres, dont plusieurs avaient des ulcérations dans plusieurs parties à la fois du tube digestif.

Siége des ulcérations.		*Nombre des cadavres.*
	Estomac	10
	Duodénum	1
	Jéjunum	9
	Iléum (part. inf.)	38
	Cœcum	15
Colon	Ascendant	4
Colon	Transverse	11
Colon	Descendant	3
	Rectum	1

Le nombre des ulcérations est ordinairement multiple,

si ce n'est dans l'estomac, où l'on n'en observe crdinairement qu'une ou deux. Dans la partie supérieure de l'intestin grêle, elles sont constamment séparées par de grands intervalles. Dans sa partie inférieure, on les trouve toujours beaucoup plus rapprochées; elles se touchent et se confondent souvent près de la valvule iléo-cœcale, de manière à ne plus former par leur réunion qu'un seul et large ulcère. Dans le cœcum, il est très rare de les trouver aussi confluentes, non plus que dans le reste du gros intestin, où les intervalles qui les séparent sont ordinairement plus considérables que l'espace même qu'elles occupent.

Elles naissent souvent au milieu des plaques rouges circonscrites dont nous avons déjà parlé, et alors la muqueuse qui les entoure reste blanche, de même qu'elle l'était autour des plaques. Il est important de remarquer cette disposition, parce que la blancheur parfaite qui existe autour de beaucoup d'ulcérations avait porté à admettre qu'elles pouvaient naître au milieu de la muqueuse sans inflammation préalable; mais il est clair qu'elles sont, dans ce cas, le résultat d'une phlegmasie partielle.

Les ulcérations succèdent aussi aux boutons, aux pustules, dont la muqueuse est quelquefois parsemée. Si en effet l'on observe attentivement ces divers exanthèmes, on aperçoit au sommet de plusieurs une érosion légère; le sommet de quelques autres a subi une perte de substance plus considérable; le petit ulcère qui en résulte s'étend progressivement du sommet de la pustule à sa base, et finit par la détruire entièrement. La plus grande analogie n'existe-t-elle pas entre le mode de pro-

duction de ces ulcérations et le développement de certains ulcères de la bouche qui doivent aussi leur origine à de petites pustules connues sous le nom d'aphtes ?

Quelquefois aussi les ulcérations sont, comme nous l'établirons plus bas, le résultat de la chute d'escarres de la muqueuse.

Est-ce dans les follicules muqueux que les ulcérations ont le plus communément leur point de départ? Plusieurs auteurs l'ont pensé. L'activité vitale plus grande dans les follicules que dans les autres points de la muqueuse, les vaisseaux plus considérables qu'ils reçoivent, la sécrétion souvent extraordinaire dont ils deviennent le siége dans beaucoup de phlegmasies intestinales, peuvent faire supposer que toutes les fois que la muqueuse est enflammée, ils sont plus spécialement irrités, se désorganisent, se détruisent et s'ulcèrent ; mais aucun fait ne démontre qu'il en soit réellement ainsi. La plus grande fréquence des ulcérations dans la partie inférieure de l'intestin grêle est, à la vérité, en rapport avec le nombre plus grand des follicules dans cette même partie ; mais dans le duodénum les follicules sont aussi extrêmement nombreux, ils y sont plus gros, plus apparents que partout ailleurs, et cependant le duodénum est la partie du tube digestif où les ulcérations se montrent le plus rarement.

On ne peut rien établir de fixe sur l'époque à laquelle la muqueuse enflammée s'ulcère : il arrive souvent qu'on n'y rencontre aucune trace de solution de continuité, bien qu'elle soit le siége d'une phlegmasie déjà ancienne et assez intense. La facilité et la rapidité de son ulcération paraissent liées à des dispositions individuelles inex-

plicables. C'est ce que démontrent des expériences faites sur des animaux de même âge et de même force qu'on empoisonne avec une dose égale de sublimé corrosif. Au bout de quarante-huit heures, on ne trouve chez les uns qu'une vive rougeur de la muqueuse gastrique, tandis que chez d'autres la face interne de l'estomac présente déjà une ou plusieurs ulcérations. On lit dans Morgagni l'histoire d'un individu qui, se portant très bien, fut pris tout à coup d'atroces douleurs à l'épigastre, et de tous les autres signes d'une gastrite: il mourut au bout de vingt-quatre heures; des ulcérations existaient dans son estomac.

La grandeur des ulcérations intestinales est infiniment variable. Il en est d'assez petites pour admettre à peine la tête d'une épingle ordinaire; d'autres ont plusieurs pouces de diamètre en tous sens; nous les avons vues quelquefois occuper tout le pourtour d'une anse d'intestin. Nous avons trouvé la muqueuse entièrement enlevée dans l'étendue de plus de six travers de doigt au-dessus du cœcum; c'est dans cette partie de l'intestin et dans l'estomac que nous avons rencontré les ulcérations les plus larges.

Les unes sont oblongues, et offrent leur plus grand diamètre selon la longueur ou selon la largeur de l'intestin; les autres sont exactement circulaires; d'autres enfin sont linéaires.

Leurs bords sont toujours formés par la muqueuse. Tantôt ils sont rouges, épais, élevés de deux à trois lignes au-dessus du fond de l'ulcère; tantôt ils sont blancs, minces et au niveau du fond. Ils sont souvent irrégulièrement découpés, et présentent des franges nom-

breuses qui s'avancent de la circonférence vers le centre de l'ulcère.

Nous avons souvent rencontré la membrane muqueuse décollée dans une assez grande étendue autour des ulcères ; lorsqu'ils sont en grand nombre et rapprochés les uns des autres, la muqueuse qui les sépare est quelquefois entièrement ou presque entièrement détachée du tissu subjacent. Ce décollement, dû à l'altération du tissu cellulaire, est semblable à celui qui s'observe autour de beaucoup d'ulcères cutanés.

Le fond des ulcérations diffère, suivant l'époque à laquelle on l'examine. Si la solution de continuité est récente, le tissu lamineux qui en forme le fond est mince et blanc comme dans son état naturel ; il peut conserver plus ou moins long-temps cet aspect : mais lorsque l'ulcération existe déjà depuis quelque temps, il acquiert ordinairement une épaisseur considérable, qu'on peut sentir en touchant la face externe de l'intestin ; il devient rugueux, inégal, granuleux ; il présente une couleur grise, rouge ou brune ; il sécrète un liquide qui offre ces diverses teintes, qui s'épaissit quelquefois en fausse membrane, et forme à sa surface une couche plus ou moins dense; dans quelques circonstances il prend une couleur tout-à-fait noire, et paraît se transformer en une véritable escarre. D'autres fois le tissu lamineux se détruit insensiblement, à la manière des parties dont s'est emparée cette espèce d'inflammation que Hunter désignait sous le nom d'inflammation ulcérative; et le fond de l'ulcération est alors formé par la membrane musculaire. Celle-ci conserve quelquefois son aspect naturel ; d'autres fois elle devient très rouge, se ramollit, noircit, se

détruit à son tour, et laisse à nu la membrane péritonéale. Le fond des vastes ulcérations de la fin de l'intestin grêle ou du cœcum présente souvent en même temps ces diverses tuniques à nu dans les différents points de son étendue. Dans quelques cas, l'on peut suivre de l'œil en quelque sorte la destruction successive des tuniques de la face interne de l'intestin vers sa face externe, et du centre de l'ulcération vers sa circonférence. On voit alors les bords de l'ulcère présenter comme plusieurs degrés. Le premier, le plus éloigné du centre, est formé par la muqueuse, mince ou épaissie, rouge ou blanche; le second, plus interne, est formé par le tissu lamineux; le troisième, plus près encore du centre, est dû à la tunique charnue; et enfin dans le fond l'on aperçoit la membrane péritonéale mince et transparente.

Cette dernière membrane s'altère à son tour; elle devient plus fragile, se déchire, et la perforation de l'intestin en est le résultat.

Telle est la marche progressive que suivent les ulcérations lorsqu'elles s'étendent en profondeur; mais elles semblent le plus souvent tendre uniquement à se propager en largeur, aux dépens de la seule membrane muqueuse. Aussi dans le plus grand nombre des cas en trouve-t-on le fond occupé par le tissu lamineux.

De même que les ulcérations peuvent se former très promptement, de même elles peuvent s'étendre en profondeur avec une rapidité quelquefois effrayante. C'est ce qu'attestent divers cas d'empoisonnements dans lesquels on a trouvé, au bout d'un temps très court, les intestins perforés.

Dans quelques circonstances, la perforation s'effectue

de l'extérieur à l'intérieur. Il en est quelquefois ainsi dans le cas où des tubercules se développent dans le péritoine : en se ramollissant, ce tissu accidentel détruit la séreuse, et il en résulte un ulcère dont le fond est formé par la tunique charnue. Plus tard, celle-ci se détruit aussi, et les parois intestinales ne sont plus alors formées dans ces points que par la seule muqueuse mince et transparente; enfin cette dernière se déchire à son tour. Nous avons récemment observé ces différents degrés chez un jeune homme atteint de péritonite tuberculeuse.

Les perforations intestinales peuvent aussi survenir sans ulcération préalable, dans les cas où toutes les tuniques qui constituent les parois de l'intestin sont également ramollies. Il suffit alors de la plus légère pression exercée sur ces parois par des corps solides, liquides ou gazeux, pour en déterminer la rupture. L'intestin dont les parois ne sont ni ulcérées ni ramollies peut-il être distendu par des gaz ou par des liquides, au point de se déchirer? L'estomac des herbivores présente ce phénomène. Franck cite des faits qui paraissent démontrer qu'une pareille rupture peut être produite chez l'homme par l'accumulation des gaz dans une portion circonscrite des intestins. C'est ainsi qu'au rapport de Stoll la vessie peut se rompre lorsqu'elle est distendue par une trop grande quantité d'urine.

Les vers intestinaux peuvent-ils dans quelques cas détruire et percer les parois du canal qu'ils habitent? ou bien, dans les cas ou plusieurs de ces animaux ont été trouvés dans le péritoine, n'ont-ils pas passé à travers une perforation qui était déjà faite? Quelques observa-

tions de Wepfer tendent à faire admettre la possibilité de la perforation de l'intestin par des vers. On lit dans le chapitre XIII de son Traité de la Ciguë aquatique qu'en disséquant des chiens il trouva dans leurs intestins des vers lombrics dont plusieurs vivaient encore, et adhéraient fortement aux parois intestinales par une de leurs extrémités, à la manière d'une sangsue : *Proboscis firmissimè internæ intestinorum tunicæ infigebatur, à quâ etiam, sublato intestino, hirudinum instar, pendebant. Hi monstrârunt rationem et modum quo intestina, umbilicum, et inguina perforent.*

Quelle que soit la cause mécanique ou vitale sous l'influence de laquelle l'intestin ait été perforé, sa cavité communique soit avec l'extérieur, soit avec un viscère quelconque, soit avec la cavité du péritoine. De là la plus grande différence dans les symptômes qui suivent la perforation et qui l'annoncent.

1° *Communication entre le tube digestif et l'extérieur.* — Les exemples en sont nombreux : c'est le cas des anus contre nature. Des adhérences s'établissent entre le point de l'intestin perforé et les parois abdominales, et aucun épanchement ne peut avoir lieu dans le péritoine. C'est ainsi qu'on peut expliquer comment une balle a pu traverser les parois abdominales et être rendue par les selles sans avoir causé d'accident mortel (Ephémérides des curieux de la Nature) ; comment un couteau avalé sortit au bout de sept semaines à travers un abcès formé à l'épigastre, sans que le malade succombât (Anatomie de Diemerbroek). Nous avons recueilli à la Charité l'observation suivante : un homme de trente-quatre ans avait la diarrhée depuis plusieurs mois : une fièvre hectique le

minait insensiblement, le malade accusait une vive douleur dans la région iliaque droite : cette partie ne tarda pas à se tuméfier ; la fluctuation y devint manifeste. Un bistouri fut plongé dans le centre de la tumeur ; des gaz fétides en sortirent avec quelques gouttes d'un liquide grisâtre également fétide. Les jours suivants, une plus grande quantité s'en écoula ; le malade ne tarda pas à succomber dans le dernier degré du marasme. On trouva au-dessous de la peau de la fosse iliaque un vaste abcès contenant un liquide grisâtre d'une fétidité gangréneuse, et circonscrit de tous côtés par des brides celluleuses épaisses. A peine pouvait-on reconnaître quelques traces des fibres musculaires des parois de l'abdomen ; elles étaient noirâtres, ramollies, comme diffluentes. Au fond de l'abcès existait le cœcum, dont la paroi externe présentait une perforation à bords irréguliers, assez large pour admettre l'extrémité du petit doigt. De nombreuses ulcérations existaient dans l'intestin.

2° *Communication entre le tube digestif et un autre organe.* — Dans ce cas, comme dans le précédent, des adhérences établies par un bienfait de la nature s'opposent à tout épanchement dans le péritoine : tantôt l'intestin s'ouvre dans une partie creuse dans laquelle il se vide ; c'est ainsi que Frank a vu une communication établie entre l'arc du colon et la vessie : tantôt c'est un viscère dont le tissu dense et solide supplée aux parois détruites de l'estomac ou des intestins. C'est ainsi que nous avons vu souvent le fond des ulcères carcinomateux de l'estomac formé par le foie ou par le pancréas ; Frank cite des cas dans lesquels la paroi de l'intestin a été suppléée par la rate et par le rein.

Des auteurs dignes de foi assurent même avoir vu des communications établies entre l'estomac et la cavité thorachique. Willis, cité par Bonet, a trouvé dans un cadavre le diaphragme détruit, et l'estomac s'ouvrant par une large ouverture de son bord supérieur dans une poche pleurétique du côté droit. Van-Swiéten a rapporté un exemple à peu près semblable.

3° *Communication entre le tube digestif et la cavité péritonéale.* Dans ce cas, les matières sorties de l'intestin perforé s'épanchent dans la membrane séreuse. Les péritonites qui en résultent présentent de grandes variétés sous le rapport de leur marche, de leur durée et de leurs symptômes.

Elles ont le plus ordinairement une marche très aiguë, et les malades succombent quelquefois peu d'heures après que les premiers symptômes se sont déclarés. Quelques malades sont avertis par une sensation toute particulière de l'instant précis où l'épanchement a lieu. Un homme, dont l'estomac cancéreux se perfora au milieu de violents efforts de vomissements, nous dit qu'il avait senti distinctement comme une boule qui descendait de l'épigastre vers l'ombilic immédiatement avant que les douleurs de la péritonite se déclarassent. Stoll rapporte l'histoire d'un malade qui, atteint d'une rétention d'urine, sentit tout à coup quelque chose se rompre dans son ventre, et devint en même temps roide et livide : c'était la vessie qui s'était déchirée. Les malades éprouvent d'atroces douleurs ; ils sont dans un état d'anxiété extrême ; les traits de la face se décomposent rapidement ; le pouls est irrégulier, filiforme, etc.

On a vu cet ensemble de symptômes effrayants se ma-

nifester tout à coup chez des individus qui, quelques minutes auparavant, paraissaient jouir d'une santé parfaite; leur tube digestif s'était perforé. Ces faits prouvent avec quelle étonnante rapidité peut naître et s'étendre l'inflammation ulcérative : par elle, l'entérite ou la gastrite la plus légère, en apparence, peuvent tout à coup devenir mortelles; l'observation suivante en présente un exemple frappant.

Un brossier, âgé de dix-sept ans et demi, tempérament lymphatico-sanguin, avait toujours joui d'une très bonne santé. Le 13 octobre 1822, à sept heures du soir, il ressentit, sans cause connue, des étourdissements et un malaise général. Toute la nuit il éprouva une chaleur brûlante. Le lendemain 14, même état ; anorexie, une seule selle; sueur abondante la nuit. Le 15 il entra à la Charité. Il sua encore dans la nuit du 15 au 16. A la visite du 16, il présenta l'état suivant :

Face rouge, yeux brillants, brisement des membres, langue couverte d'un enduit jaunâtre épais, lèvres rouges, bouche mauvaise, anorexie, peu de soif, ventre souple et indolent : pas de selle depuis 24 heures; pouls fréquent, assez développé; peau moite. (*Tisane d'orge gommée, lavement de guimauve.*)

Le malade n'alla qu'une fois à la selle jusqu'au lendemain matin.

Le 17, six grains d'ipécacuanha furent administrés : le malade vomit à deux reprises une assez grande quantité de bile; il n'alla point à la selle. La nuit, il dormit bien; il se réveilla un peu en moiteur.

Le lendemain matin 18, l'enduit jaunâtre de la langue

avait disparu; elle était d'une belle couleur vermeille : le mauvais goût de la bouche n'existait plus. Le pouls était peu fréquent, la température de la peau à peu près ordinaire.

Du 19 au 23, un léger mouvement fébrile persista : anorexie, même état de la langue. Une selle chaque jour après le lavement. (*Tisanes adoucissantes; deux bouillons chaque vingt-quatre heures.*)

Le 23, la langue avait rougi, la fréquence du pouls avait considérablement augmenté, la peau était brûlante, l'abdomen était douloureux à la pression. Deux selles liquides avaient eu lieu depuis vingt-quatre heures. Cette recrudescence des symptômes fut combattue par l'application de huit sangsues à l'anus. (*Tisane d'orge, diète.*)

Dans la journée, les douleurs abdominales prirent une intensité effrayante. Le malade commença à vomir pendant la nuit une grande quantité de bile verte, porracée.

Dans la matinée du 24, nous le trouvâmes couché sur le côté droit, l'œil éteint, la face pâle, cadavéreuse. La pression la plus légère exercée sur l'abdomen, le moindre mouvement, provoquaient les plus vives douleurs. Des nausées continuelles tourmentaient le malade, et étaient suivies de temps en temps de l'expulsion de quelques gorgées de bile. La respiration haute, accélérée, ne s'exécutait que par le soulèvement des côtes; le pouls était très fréquent, misérable; la peau sans chaleur.

L'existence d'une péritonite n'était pas douteuse. M. Lerminier présuma que la cause pouvait en être placée dans une perforation intestinale. (*Quarante sangsues*

sur l'abdomen; fomentations huileuses; sinapismes mitigés aux jambes dans la soirée; tisane de lin.)

Les vomissements continuèrent à avoir lieu toute la journée.

Le 25, à huit heures du matin, l'abdomen était moins sensible, mais il était plus développé, rénitent. Percuté, il rendait partout un son mat; on n'y sentait pas de fluctuation. Les membres étaient froids, le pouls filiforme. Cependant l'œil avait encore une expression assez naturelle. L'intelligence était nette, la parole libre. (*Vésicatoires aux cuisses.*)

Mort à cinq heures du soir.

Ouverture du cadavre faite quinze heures après la mort.

Des flocons albumineux, étendus en fausses membranes, unissaient entre elles les anses de l'intestin grêle. Une sérosité trouble, lactescente, très fétide, était épanchée dans les deux flancs et dans l'excavation du petit bassin. Au-dessous des flocons albumineux, le péritoine était vivement injecté.

La membrane muqueuse de l'estomac était partout blanche et saine; une égale blancheur régnait dans toute l'étendue de l'intestin grêle; mais dans l'espace d'un pied environ au-dessus de la valvule iléo-cœcale, existaient cinq à six élevures ovalaires, blanches, ainsi que la muqueuse qui les entourait. Le centre de l'une d'elles était ulcéré; le fond de cette ulcération, formé par la membrane séreuse, présentait à son centre une perforation arrondie, d'une ligne et demie à deux lignes

de diamètre. Autour de ces élevures, la membrane muqueuse était parsemée de plusieurs petites pustules blanches, miliaires, développées dans son intérieur, et faisant à peine saillie au-dessus de sa surface.

Le gros intestin était parfaitement sain, ainsi que les autres viscères.

Une masse tuberculeuse de la grosseur d'une petite noix, existait au sommet du poumon droit.

N'est-ce pas une sorte de fatalité que, chez un individu dont le canal intestinal ne contenait qu'une ulcération unique et très peu large, elle se soit assez étendue en profondeur pour qu'une perforation en ait été le résultat?

Parmi les autres circonstances curieuses de cette observation, nous noterons l'exanthème dont la fin de l'intestin grêle était le siége, trouvé chez un individu qui n'avait présenté que les symptômes d'une fièvre continue assez légère.

La récrudescence du 23 marqua vraisemblablement l'époque où l'ulcération se forma; la perforation s'effectua peu d'heures après.

Lorsqu'une perforation des intestins survient chez un individu frappé d'une fièvre adynamique, avec prostration des forces et diminution notable de la sensibilité générale, il n'est pas toujours facile de reconnaître la péritonite qui en est le résultat. Nous avons vu en effet, dans des cas de ce genre, les malades ne témoigner aucune douleur, bien que l'on comprimât fortement l'abdomen, soit d'avant en arrière, soit latéralement. L'altération subite des traits, la tension insolite du ventre, le changement du pouls qui devient tout à coup petit

et serré, peuvent faire soupçonner alors l'existence de l'inflammation du péritoine. Ces péritonites aiguës, sans douleur, succédant dans les fièvres à la perforation des intestins, avaient déjà été notées par Morgagni.

Enfin, nous avons vu la péritonite, suite de la solution de continuité des parois intestinales, affecter une marche chronique. Un jeune homme atteint de phthisie pulmonaire avait depuis long-temps une abondante diarrhée; l'abdomen avait toujours été entièrement indolent. Un jour il se plaignit de vives douleurs autour de l'ombilic; la pression les exaspérait: elles furent regardées comme le produit de l'inflammation dont le tube digestif était le siége. Elles persistèrent d'une manière continue, mais assez modérée, pendant huit à dix jours. Aucun des autres symptômes ne s'était aggravé d'une manière remarquable; tout à coup le malade sentit son ventre mouillé d'une assez grande quantité de liquide, et il s'aperçut qu'une fente linéaire existait à l'ombilic. Il en sortit dans la journée un ver ascaride lombricoïde avec un liquide jaune, analogue à celui qui remplit ordinairement les intestins grêles. N'était-il pas raisonnable de supposer qu'une anse d'intestin s'était perforée; qu'à l'aide d'adhérences partielles contractées entre elle et les parois abdominales, aucun épanchement n'avait pu avoir lieu dans le péritoine, et que les parois abdominales s'étaient à leur tour enflammées et perforées. N'était-ce pas, en un mot, un anus contre nature qui venait de s'établir? Cependant, les jours suivants, un peu de liquide continua à s'écouler par la fistule: les douleurs abdominales étaient peu intenses. Le malade, parvenu au dernier degré de la consomption pulmonaire, suc-

comba vingt-sept jours après l'apparition des premières douleurs, dix-huit jours environ après la formation de la fistule. On trouva les traces d'une horrible péritonite. Le paquet intestinal était réuni en une seule masse par des fausses membranes noires, très épaisses. Un liquide verdâtre peu abondant était épanché entre les anses intestinales; il y était retenu par des brides membraneuses qui formaient comme les parois d'une foule de loges partielles; aucune adhérence n'existait à la région ombilicale. On trouva dans le péritoine deux ascarides lombricoïdes; leur présence ne permit pas de révoquer en doute l'existence d'une perforation de l'intestin; mais les adhérences étaient si multipliées et si intimes, qu'il fut impossible de la découvrir.

Stoll a rapporté l'histoire d'un jeune homme qui, atteint depuis six mois de vomissements fréquents et de diarrhée, fut pris de vives douleurs abdominales après s'être refroidi. Les douze jours suivants, il fit chaque matin un trajet assez long pour venir à l'hôpital chercher des médicaments. Le douzième jour, il fit encore ce trajet à pied comme à l'ordinaire. L'abdomen était tendu et douloureux au toucher; la figure était abattue et émaciée, le pouls très fréquent et très petit. Le malade mourut dans la soirée, peu de temps après avoir donné lui-même tous les détails précédents. Le péritoine contenait une sérosité sanguinolente, mêlée à des matières stercorales liquides. L'iléum présentait, non loin du cœcum, un trou assez large pour admettre une aveline. Tout le tube digestif était d'ailleurs enflammé.

Il est quelques circonstances heureuses dans lesquelles la perforation de l'intestin n'a pas été suivie d'épanche

ment dans le péritoine. C'est ainsi que nous avons vu l'une de ces perforations comprises entre les deux lames du mésentère, hors de la cavité de la membrane séreuse. Nous avons vu aussi la rate exactement appliquée sur l'estomac perforé dans son grand cul-de-sac, sans lui être adhérente, s'opposer à tout épanchement. M. le professeur Chaussier a observé des faits de ce genre.

Faut-il croire que hors ces cas rares, des perforations du tube digestif aient pu avoir lieu pendant la vie sans péritonite consécutive? Les anatomistes qui disent avoir observé ce fait, n'ont-ils pas eux-mêmes produit la perforation en tiraillant les tuniques intestinales ramollies ou profondément ulcérées?

L'inflammation des intestins peut, comme celle des autres parties, se terminer par suppuration et par gangrène.

La suppuration s'établit ordinairement à la face libre de la membrane muqueuse; mais dans quelques cas plus rares, c'est au-dessous d'elle, dans les mailles du tissu lamineux, que le pus se forme, se ramasse en foyers, et constitue un abcès sous muqueux semblable aux abcès qui se forment fréquemment dans les amygdales. De pareilles collections purulentes sont extrêmement rares dans la portion sous-diaphragmatique du tube digestif. Nous en avons vu un exemple dans le duodénum : à deux travers de doigt au-dessous du pylore, apparaissait une tumeur faisant saillie dans l'intérieur de l'intestin, non sensible à l'extérieur; elle était molle, fluctuante, de la grosseur et de la forme d'une cerise; la muqueuse, soulevée et décollée en cet endroit, avait conservé sa couleur blanche. En incisant sur la tumeur, nous vîmes s'écouler

un liquide blanc, inodore, de la consistance de la crème, offrant toutes les qualités du pus de bonne nature. Il était amassé dans le tissu lamineux dont il avait écarté les lames, de sorte qu'au-dessous de la collection existait la membrane musculeuse à nu. Nous avons trouvé dans l'estomac une suppuration sous-muqueuse beaucoup plus étendue. Dans ce cas, le tissu lamineux de la presque totalité de ce viscère était infiltré par du pus blanc bien consistant formant une couche qui avait au moins le double d'épaisseur des autres tuniques réunies. La muqueuse elle-même n'était pas sensiblement altérée. Mais ce qu'il y avait surtout de remarquable, c'est que l'individu, mort d'une maladie organique du foie et des ovaires, n'avait présenté, pendant tout le temps de son séjour à l'hôpital, ni douleur épigastrique, ni vomissement. Sa langue avait un aspect naturel; l'on avait seulement remarqué une anorexie complète. Plusieurs fois, nous avons vu dans le quart inférieur de l'iléum, au-dessous de la muqueuse enflammée, de petites taches blanches de la largeur d'une lentille, formées par un liquide d'un blanc nacré, changeant de place, et s'étendant en nappe lorsqu'on pressait sur la muqueuse. Il semblait que ce fût du pus infiltré dans les mailles du tissu cellulaire sous-muqueux, et qui tendait à former une foule de petits foyers dans tous les points où l'inflammation avait été la plus vive, ou dans ceux dont le tissu cellulaire avait prêté le plus à la distension. Il n'est pas rare de trouver dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien des collections purulentes se présentant, comme celles dont il s'agit ici, sous forme de petites taches blanches isolées, et se déplaçant comme elles par la pression.

Les auteurs ont beaucoup parlé d'abcès formés dans l'estomac, et rendus par le vomissement. Nous n'avons vu aucun cas de ce genre.

La gangrène des intestins nous semble aussi moins commune qu'on ne l'a pensé long-temps. Ouvrez les différents ouvrages où sont relatées des ouvertures de cadavres : vous trouverez que leurs auteurs y parlent sans cesse d'intestins gangrenés, sphacélés dans une grande partie de leur étendue; mais malheureusement aucun d'eux ne décrit la lésion qu'ils regardent comme un état gangréneux. Il est au moins douteux que l'on puisse considérer comme un signe de mortification, la couleur brune d'une portion plus ou moins étendue de la muqueuse, avec ramollissement de son tissu. Nous avons déjà parlé de cet état.

Cependant il est des maladies dans lesquelles il n'est pas rare de trouver à la surface interne du canal digestif de véritables escarres, semblables à celle de la peau; ce sont les fièvres adynamiques. Tantôt ces escarres se forment aux dépens du tissu lamineux qui constitue le fond des ulcérations : on le trouve alors épaissi, noir, comme charbonné, ou bien d'une couleur grisâtre sale, et d'une consistance putrilagineuse, tel que le détritus qui existe à la surface des plaies frappées de pourriture d'hôpital. Tantôt c'est la membrane muqueuse elle-même dont l'inflammation se termine par gangrène. Une ulcération succède à la chute de l'escarre qui en résulte. Il nous a semblé que c'était le plus souvent au centre des plaques circonscrites et élevées dont nous avons parlé ci-dessus, que la gangrène tendait à se développer. Nous avons pu quelquefois suivre chez un même sujet la forma-

tion des escarres dans ses diverses phases. L'on observait, par exemple, à la fin de l'intestin grêle, des élevures oblongues, d'un rouge brunâtre, formées par la muqueuse épaissie. En d'autres endroits, une partie de ces élevures était transformée en un tissu dur d'un brun jaunâtre; un lavage répété, la macération prolongée, ne faisaient pas disparaître cette teinte. Tous ceux qui virent cette pièce n'hésitèrent pas à la comparer aux escarres dont se couvre la surface des vésicatoires. Ailleurs la portion gangrenée s'était déjà en partie détachée; elle ne se montrait plus que par points isolés, dans l'intervalle desquels existaient des ulcérations; le fond de celles-ci était tantôt blanc, tantôt d'un rouge brunâtre foncé, selon que le tissu cellulaire qui le formait avait ou non participé à l'inflammation. Dans quelques ulcérations, l'escarre, détachée d'une seule pièce, ne tenait plus à leur bord que par un mince pédicule. Enfin d'autres ulcérations n'en présentaient plus aucune trace. Nous n'avons vu qu'une seule fois une de ces escarres dans l'estomac; la fin de l'intestin grêle et le cœcum en sont le siége le plus commun. Presque toutes les fois que nous les avons rencontrées, leur formation semblait avoir coïncidé pendant la vie avec la mortification des vésicatoires.

Nous venons de passer en revue les caractères anatomiques de l'inflammation du tube digestif; les lésions qu'il présente nous paraissent assez tranchées pour que nous puissions, d'après elles, établir trois degrés dans cette inflammation, de même que M. Laënnec a établi trois degrés dans la pneumonie, d'après les différents états du poumon. Dans le premier degré, il y a simple-

ment injection plus ou moins forte de la muqueuse. Le deuxième degré est marqué par l'altération de sa texture ; soit qu'elle soit épaissie, ramollie ou exanthémateuse. Cette altération peut s'étendre ou non aux autres tuniques. Dans un troisième degré, la muqueuse et les tissus subjacents se désorganisent et s'ulcèrent.

Le deuxième et le troisième degré ne peuvent être jamais méconnus ; mais il n'en est pas ainsi du premier. De même que l'engorgement séro-sanguinolent des poumons, survenu seulement pendant les derniers temps de la vie, peut être facilement confondu avec le premier degré de la pneumonie, de même la stase mécanique du sang dans la muqueuse digestive ou au-dessous d'elle peut en imposer pour une phlegmasie de ces parties. Essayons de présenter quelques considérations qui puissent nous prémunir contre une pareille erreur.

Toutes les fois que, plusieurs heures avant la mort, le retour du sang veineux vers les cavités droites du cœur, a éprouvé une gêne considérable, on trouve les parois du canal intestinal plus ou moins fortement injectées dans plusieurs de ses parties. L'obstacle au retour du sang vers le cœur peut résider soit dans le cœur lui-même, soit dans les poumons. Dans l'un et dans l'autre cas, le sang, qui ne pénètre plus que difficilement ces deux organes, reflue vers le foie qui s'engorge à son tour, et qui cesse de pouvoir admettre celui qui lui est apporté par la veine porte. Les ramifications de cette veine en restent donc remplies ; elles en reçoivent en même temps une nouvelle quantité par les artères jusqu'à la mort, et même quelque temps après la mort. De là l'injection des

parois du canal intestinal; cette injection est plus vive et plus fréquente que celle d'aucune autre partie, soit à cause du nombre et du volume des vaisseaux, soit à cause de la présence du foie dans lequel reflue et s'accumule comme dans un réservoir la plus grande partie du sang que reçoit le cœur droit, celui même qui lui est apporté par la veine cave supérieure. Si, en effet, ainsi que nous l'avons vu pratiquer à M. Magendie, l'on injecte de l'acide sulfurique dans la veine jugulaire d'un animal vivant, on trouve les vaisseaux hépatiques remplis de sang coagulé. Ce n'est que lorsque l'engorgement du cœur droit et du foie est porté à un très haut degré, que les autres parties sont trouvées aussi injectées de sang après la mort. Alors la peau est sillonnée par des marbrures livides; les membranes cérébrales sont d'un rouge intense; le cerveau lui-même est piqueté d'une infinité de petits points rouges; une énorme quantité de sang ruisselle de tous les tissus parenchymateux; le tissu cellulaire inter-musculaire, sous-séreux, sous-artériel, est parcouru par une multitude de petites ramifications vasculaires, etc.

Mais l'injection purement mécanique des parois intestinales présente elle-même plusieurs degrés.

Dans son degré le plus faible, on trouve le tissu lamineux subjacent à la muqueuse parcouru par de grosses veines remplies de sang noir; elles donnent à l'estomac, vu intérieurement, un aspect marbré; dans les intestins, elles forment, par leurs anastomoses multipliées, de nombreuses arborisations; elles existent, surtout en grande quantité, dans les anses d'intestin grêle, qui, situées profondément dans l'excavation du petit bassin,

présentent, par leur position déclive, un nouvel obstacle au retour du sang.

Ce premier degré, qui consiste dans l'injection des gros vaisseaux du tissu sous-muqueux, ne saurait être confondu avec l'injection inflammatoire qui réside dans les vaisseaux de la muqueuse.

Mais dans un second degré, outre ces veines gorgées de sang, le tissu lamineux présente une foule de petites ramifications vasculaires qui, en plusieurs points, se propagent à la muqueuse : celle-ci offre alors, à des intervalles plus ou moins rapprochés, des plaques d'un rouge brunâtre, formées par l'agglomération de plusieurs vaisseaux, presque capillaires, fortement injectés. Moins nombreux, ils forment dans la muqueuse de petits points rouges isolés ou réunis ; plus multipliés, ils produisent de longues bandes rouges ou brunes.

Quelquefois l'on trouve, avec ou sans injection de la muqueuse, des infiltrations sanguines, de véritables ecchymoses, dans la membrane lumineuse.

Enfin, dans le plus haut degré de cette injection mécanique, la muqueuse exhale du sang à sa face libre ; c'est ce que nous avons constaté dans plusieurs cadavres. Boërrhaave avait déjà dit que, lorsque le sang qui revient des intestins ne pouvait passer à travers la veine porte obstruée, il fluait dans les intestins.

Cette exhalation sanguine, liée à la gêne de la circulation, s'observe également dans d'autres parties. Le tissu du poumon, la substance cérébrale, les points de la peau dépouillés d'épiderme en deviennent quelquefois le siége chez les individus atteints d'anévrysme du cœur. Les bronches se remplissent souvent d'un liquide sangui-

nolent pendant les derniers instants de la vie des phthisiques qui ont eu une longue agonie.

Ces phénomènes qui nous sont découverts par l'inspection des cadavres, l'expérience peut les faire naître chez les animaux vivants. On peut voir, en les asphyxiant lentement, leur tube digestif, pâle ou d'un blanc rosé dans l'état ordinaire, s'injecter et rougir fortement. On obtient également une vive coloration des intestins, en liant le tronc de la veine porte. Ce fait était connu du temps de Morgagni : il rapporte qu'après la ligature de cette veine, les intestins acquièrent promptement la couleur de la cochenille, et qu'une exhalation sanguine a lieu quelquefois à leur face interne.

De l'ensemble des faits précédents, il résulte que, lorsque le stimulus porté sur les intestins n'a produit que leur injection, sans avoir encore altéré leur texture, il est souvent difficile, et quelquefois impossible de distinguer cette injection inflammatoire d'une injection purement mécanique. Il faut alors avoir égard, soit aux symptômes qui ont précédé la mort, soit au genre même de la mort, observer l'état des poumons, du cœur droit, du foie, et du système de la veine porte ; enfin, dans quelques cas, il faut savoir supporter le doute.

Il ne faudrait pas non plus prendre pour un produit de l'inflammation les rougeurs que l'on observe autour des grosses veines qui rampent dans le tissu sous-muqueux. On rencontre presque constamment ces rougeurs, lorsque l'ouverture du cadavre a eu lieu plus de vingt-quatre heures après la mort. Elles se présentent sous forme de bandes longues et étroites qui suivent la direction des veines; elles sont le résultat mécanique de la

transsudation du sang à travers les parois veineuses. On peut les produire en soumettant à la putréfaction un estomac dont les vaisseaux sont remplis de sang.

Dans l'exposition que nous venons de faire des caractères anatomiques de l'inflammation du tube digestif, nous avons retrouvé et suivi dans toutes leurs nuances les lésions diverses que nous ont présentées les intestins des malades morts de fièvres graves. Nous croyons pouvoir déduire de ces recherches les conséquences suivantes.

Sur trente-huit individus, onze seulement ont présenté les traces d'une gastrite assez prononcée pour que cette phlegmasie ait pu exercer quelque influence sur les symptômes observés pendant la vie. Trente ont offert, dans l'intestin grêle, des rougeurs, des exanthèmes ou des ulcérations; mais chez quatorze seulement ces lésions nous ont semblé être en rapport avec la gravité des symptômes.

Enfin, dans le gros intestin, les altérations nous ont paru plus rares et moins intenses que dans les autres portions du canal.

En collationnant maintenant les lésions observées dans ces trois grandes divisions du tube digestif, nous arrivons aux résultats suivants.

Chez cinq malades, nous avons trouvé le tube digestif exempt de toute lésion digne de remarque (*obs.* 80, 99, 101, 102, 114.)

Chez plusieurs autres (*obs.* 81, 85, 94, 107, 109, 110, 113), nous n'avons rencontré que des lésions trop peu considérables pour qu'il nous parût possible d'en faire dépendre les symptômes observés pendant la vie.

Chez d'autres individus, dont les intestins étaient le siége de lésions plus intenses, ces lésions avaient encore un caractère particulier. Tantôt c'étaient des exanthèmes de forme variée, tels que nous les avons précédemment décrits. Dans un grand nombre de cas, il était évident que ces divers exanthèmes avaient été le point de départ des ulcérations. Tantôt de larges plaques, formées à la fois et par la membrane muqueuse et par le tissu cellulaire subjacent, étaient frappées de gangrène. La forme et la disposition de ces plaques leur donnaient l'analogie la plus grande avec les anthrax; aussi avons-nous proposé de les désigner sous le nom d'*anthrax internes* ou *anthrax de la membrane muqueuse*. Ici encore la formation des ulcères n'était que consécutive à la chute des escarres.

Ce n'est véritablement que dans le plus petit nombre des cas que nous avons observé une phlegmasie franche de la membrane muqueuse, analogue à l'inflammation qui se montre, soit sous forme aiguë, chez l'homme ou chez les animaux empoisonnés par des corrosifs, soit sous forme chronique, chez les individus qui succombent à d'anciennes diarrhées.

Ces faits sont de la plus haute importance pour éclairer la nature et la thérapeutique des fièvres.

Poursuivons maintenant l'examen des autres organes, ou appareils d'organes.

Ganglions mésentériques.

Ces ganglions nous ont paru rouges, tuméfiés, engorgés dans la plupart des cas où les portions d'intestins

qui leur correspondaient étaient ulcérées. Nous n'avons observé aucun fait propre à prouver que l'engorgement des glandes du mésentère peut être quelquefois primitif[1]. Cet engorgement peut être, jusqu'à un certain point, comparé à la tuméfaction qui se manifeste dans les ganglions lymphatiques de l'aisselle ou de l'aine, lorsqu'un virus morbide ou une matière irritante quelconque sont déposés dans le tissu des parties dont les vaisseaux lymphatiques aboutissent à ces glandes. Les glandes mésentériques ne s'enflamment-elles aussi, dans le plus grand nombre des cas, que par suite de l'absorption des matières irritantes produites à la surface de la membrane muqueuse enflammée et surtout ulcérée? Le mélange de ces matières avec la lymphe et le sang, leur transport dans les diverses parties de l'économie, ne pourraient-ils pas être considérés comme la cause de plusieurs des symptômes qui caractérisent les fièvres graves? Nous avons déjà proposé cette question dans les observations particulières. Il serait d'ailleurs impossible de donner une démonstration rigoureuse d'un pareil fait; on pourrait cependant lui donner un certain degré de probabilité, en citant les expériences faites dans ces derniers temps, d'où il résulte que l'injection de diverses matières sanieuses et putrides dans les veines des animaux donne lieu à une série de phénomènes et de lésions qui se rapprochent beaucoup de ce qu'on observe dans les fièvres graves.

[1] Nous ne parlons ici que de ce qui se passe dans les fièvres. Quant à l'engorgement chronique des glandes mésaraïques, nous l'avons vu exister, sans qu'il semblât avoir été précédé d'aucune irritation de la muqueuse intestinale. Il en est de même de la dégénération tuberculeuse de ces glandes.

Foie.

Ce viscère ne nous a paru s'éloigner de son état ordinaire que dans trois cas. Dans deux de ces cas (*obs.* 86 et 100), son tissu était remarquable par son extrême densité; il avait de plus une teinte rosée insolite chez l'individu qui fait le sujet de l'observation 86. Y avait-il hépatite chez ces malades? Aucun symptôme ne l'avait annoncée. Dans un autre cas (*obs.* 107), le foie nous parut remarquable par la pâleur extrême de son tissu.

Quant à la bile, nous l'avons vue souvent modifiée dans sa quantité, et quelquefois dans ses qualités.

Ainsi, sur plus de la moitié des cadavres, nous avons trouvé le duodénum et la partie supérieure du jéjunum et de l'iléum remplis par une quantité extraordinaire de bile. On sait que l'excès de la sécrétion de ce liquide dans les fièvres graves avait particulièrement frappé Stoll, et lui avait suggéré une théorie sur la nature et le traitement de ces maladies. Avant lui, Huxham avait déjà remarqué que la sécrétion de la bile est considérablement augmentée dans les fièvres putrides, malignes et pétéchiales.

Ainsi que le dit M. Broussais, l'afflux d'une quantité plus considérable de bile dans l'intestin reconnaît souvent pour cause l'inflammation de la membrane muqueuse. Mais souvent aussi l'on trouve cette membrane parfaitement blanche et saine au-dessous de la bile.

La bile renfermée dans la vésicule nous a souvent présenté une teinte noire très remarquable, une viscosité très grande, une consistance sirupeuse. D'autres fois,

au contraire, la vésicule était remplie par un liquide clair presque incolore, semblable à de la sérosité. Nous avons retrouvé ce dernier aspect de la bile chez un individu éminemment scorbutique. Le liquide contenu dans la vésicule aurait pu être comparé à de l'eau dans laquelle on aurait étendu une très petite quantité de matière jaune de la bile.

Dans un plus petit nombre de cas, nous avons trouvé soit dans la vésicule, soit dans le canal hépatique un liquide qui n'avait plus aucune des propriétés physiques de la bile. C'était une matière comme sanieuse, d'une teinte gris sale, assez semblable à l'ichor fourni par certains ulcères.

De semblables modifications dans les propriétés physiques de la bile ne permettent pas de douter que sa composition intime ne soit aussi altérée.

Il est possible que l'altération de la bile dans les fièvres graves soit liée au trouble général de l'économie, et qu'elle ne doive être considérée que comme un effet de la maladie. Qui pourrait affirmer cependant que ce vice de la sécrétion du foie ne joue pas un grand rôle dans la production des fièvres putrides et malignes, ou de quelques uns de leurs symptômes? Mise en contact avec la membrane muqueuse intestinale, la bile viciée peut l'irriter et l'enflammer, de même que dans le coryza le mucus des fosses nasales irrite et enflamme la peau. D'anciennes expériences de Morgagni, répétées par M. Orfila, ont démontré directement quelle âcreté extrême la bile est susceptible d'acquérir dans certains cas. Chez un individu mort d'une fièvre continue grave, M. Orfila a reconnu dans la matière résineuse de la bile une saveur

très âcre ; *il suffisait*, dit ce professeur, *d'en mettre un atome sur les lèvres pour faire naître des ampoules excessivement douloureuses*. Résorbée, mêlée au sang, et portée avec lui dans toutes les parties, cette bile dégénérée ne peut-elle pas devenir la cause des plus formidables accidents? C'est ainsi que Morgagni a vu des pigeons mourir subitement après avoir été piqués avec la pointe d'un scalpel enduite de bile. Il ne serait pas non plus déraisonnable d'admettre, d'après ces faits, qu'une seule augmentation dans la quantité de la bile pût avoir d'aussi fâcheux résultats. En séjournant long-temps dans les intestins, ne peut-elle pas s'y dépraver, et subir une altération qui la transforme en un dangereux poison? Les gaz intestinaux doivent sans doute favoriser cette dépravation. Les autres humeurs paraissent également susceptibles d'acquérir, dans certaines circonstances, une véritable âcreté. Huxham a remarqué, par exemple, que, chez les enfants atteints d'*angine putride*, il s'écoulait des narines enflammées une matière sanieuse, dont la causticité était telle, qu'elle corrodait non seulement les lèvres, les joues et les mains des enfants, mais même les mains des gardes qui en prenaient soin. Bonet a vu l'urine d'un scorbutique détruire les linges sur lesquels elle fut déposée. Wolf a vu également le lait doué d'une propriété corrosive. Sans doute ces faits ne doivent pas être aveuglément adoptés; mais parce qu'ils ne sont point en rapport avec les théories régnantes, sont-ils pour cela indignes de méditation?

Rate.

Dans la plus grande partie des cadavres, la rate a pré-

senté une augmentation considérable de volume, et en même temps une extrême mollesse. Par une pression légère, on la réduisait en une pulpe rougeâtre ou grisâtre. La rate n'offrait plus alors d'autre tissu solide que sa membrane extérieure, et quelques filaments vasculaires ou fibreux qui se détachaient de la surface interne de celle-ci.

D'autres fois, aussi volumineuse, mais un peu moins molle, la rate était remplie d'une énorme quantité de sang noir, qu'on séparait facilement du tissu même de l'organe par la pression ou par le lavage.

Dans un plus petit nombre de cas la rate s'est trouvée à la fois très volumineuse et très dense.

Chez quelques individus, la rate était d'une petitesse extrême, mais en même temps d'une densité telle, que son tissu aurait pu être pris pour celui du foie.

Enfin ce n'est que chez le plus petit nombre que la rate nous a paru avoir conservé son volume, sa consistance et son aspect ordinaire. Ces cas semblent être de véritables exceptions.

Il resterait maintenant à déterminer la nature de ces diverses altérations de la rate, qui ne sont annoncées par aucun symptôme caractéristique. Sont-ce des splénites?

Quoiqu'il en soit, la fréquence de ces altérations est un des phénomènes les plus remarquables que nous offrent les fièvres graves. L'augmentation du volume de la rate avec modification de sa consistance, est au moins aussi constante dans ces maladies que la lésion du canal alimentaire. On retrouve encore cette augmentation de volume dans les fièvres intermittentes. Si un jour l'on

parvient à connaître les fonctions de la rate, l'on pourra peut-être apprécier l'influence des lésions de cet organe. Peut-être alors les pathologistes placeront-ils dans la rate le siége de plusieurs affections qu'ils rapportent maintenant à d'autres altérations organiques. Dans l'état actuel de la science, contentons-nous de noter avec soin les anomalies de volume et de texture offertes par la rate dans les fièvres graves. Rappelons aussi que, dans la plupart des autopsies d'individus scorbutiques, on a trouvé, comme dans les fièvres graves, la rate volumineuse, et surtout très molle, comme pultacée. Nous avons observé nous-mêmes un fait de ce genre. Ce n'est pas le seul rapprochement que nous aurons occasion de faire entre le scorbut et plusieurs espèces de fièvres graves.

Pancréas.

Le pancréas est un des organes le plus rarement affectés. Deux ou trois fois cependant nous avons trouvé ce corps plus injecté, plus gros que de coutume. Sa tuméfaction était spécialement due à l'engorgement du tissu cellulaire interposé entre ses lobules. C'était aussi dans ce tissu cellulaire que résidait surtout l'injection. Qui ne saisit une grande analogie entre cet état du pancréas et celui que présentent quelquefois les glandes parotides dans les fièvres graves ? L'engorgement des parotides réside aussi presque constamment dans le tissu cellulaire inter-lobulaire. Cette uniformité de lésions établit un nouveau point de rapprochement entre le pancréas et les glandes salivaires. Dans l'un des cas que nous avons observé, l'engorgement du pancréas co-exis-

tait avec la tuméfaction de l'une des parotides. (*obs.* 87).

Appareil urinaire.

L'observation 100 nous a offert un exemple de phlegmasie de la muqueuse vésicale; l'observation 105 une injection légère de cette même membrane.

Appareil circulatoire.

La flaccidité, la pâleur, la décoloration des parois du cœur, sont des phénomènes que nous avons rencontrés chez la plus grande partie des individus qui ont succombé dans un état véritablement adynamique. Nous avons trouvé le plus ordinairement ses cavités vides, ou contenant une petite quantité de sang noir liquide ; trois ou quatre fois seulement elles contenaient des caillots fibrineux dépouillés de matière colorante ; mais ces caillots eux-mêmes étaient remarquables par leur grande mollesse. En les comprimant, on en exprimait une sérosité limpide, et l'on réduisait cette masse fibrineuse en une sorte de trame celluleuse mince et transparente.

Le sang contenu dans les gros troncs artériels et veineux était également remarquable par sa grande liquidité et sa couleur noire foncée. Chez quelques sujets, le sang contenu dans le cœur et dans les vaisseaux nous présenta une teinte claire rosée ; dans cet état, le sang ressemblait à de l'eau dans laquelle on aurait étendu un peu de matière colorante rouge ; quelques petits grains fibrineux concrets étaient disposés çà et là sur la surface interne des vaisseaux. Il est très vraisemblable que si un pareil sang eût été analysé, on n'y aurait trouvé

que de l'eau, de l'albumine, une petite quantité de matière colorante, et à peine quelques vestiges de fibrine. Nous avons retrouvé chez un scorbutique ce même aspect du sang. Enfin, chez l'individu qui fait le sujet de l'observation 91, le liquide contenu dans les gros vaisseaux n'était véritablement plus du sang : c'était une matière couleur lie de vin, comme sanieuse en quelques endroits, assez semblable au liquide mal élaboré qui sort des abcès de mauvaise nature. Qu'il nous suffise d'avoir ici rappelé ce fait sur lequel nous avons insisté dans les corollaires placés à la suite de l'observation.

Chez un seul individu nous avons trouvé un caillot blanc, mais très mou, dans toute l'étendue de l'aorte thorachique ascendante.

Plusieurs auteurs anciens et modernes ont beaucoup parlé de l'inflammation des vaisseaux dans les fièvres graves; l'on a même regardé quelques unes de ces fièvres comme étant le résultat d'une *artérite*. Nous avons examiné avec soin la surface interne des artères et des veines; une seule fois nous avons trouvé une vive rougeur à la surface interne de l'aorte; cette rougeur se présentait sous forme de plaques isolées, plus nombreuses dans l'aorte abdominale que dans la thorachique. Mais nous avons rencontré assez souvent cette même rougeur chez les individus atteints de maladies du cœur. Ce serait sortir de notre sujet, que de nous engager dans la description de ce genre de lésion. Rappelons seulement que nous l'avons également observé, soit que l'artère fût vide ou remplie de sang, soit que ce sang lui-même fût liquide ou caillé, soit enfin que le caillot fût ou non dépouillé de sa matière colorante. Nous n'a-

vons pas vu que l'élévation plus ou moins grande de la température, le temps plus ou moins long écoulé depuis le moment de la mort, exerçassent quelque influence sur la fréquence de ces rougeurs artérielles. Nous avons soumis à un lavage prolongé des portions d'artères ainsi colorées, et elles n'ont pas dérougi. Enfin, il nous a été impossible de produire artificiellement une pareille rougeur, en laissant du sang renfermé dans un tube artériel pendant plus de quarante-huit heures. D'après ces différents faits, nous sommes portés à penser que les rougeurs artérielles ne dépendent pas d'une simple imbibition sanguine, mais bien d'une véritable phlegmasie. Dans les fièvres, cette phlegmasie ne doit être considérée que comme une complication assez rare, et qui n'est appréciable, jusqu'à présent, par aucun signe caractéristique.

Les gros troncs veineux ne nous ont jamais rien présenté de particulier.

Nous avons rencontré des exhalations sanguines soit dans les membranes séreuses du crâne, du canal rachidien ou du thorax, soit dans le tissu cellulaire sous-séreux, sous-muqueux, sous-cutané ou intermusculaire, soit à la surface libre des membranes muqueuses. Dans quelques cadavres, nous avons trouvé réunis presque tous ces épanchements sanguins; l'observation 115 nous en a offert surtout un exemple frappant. Nous n'avons jamais vu de caillot dans les cavités où existait l'épanchement. Tantôt c'était une sérosité d'un rouge plus ou moins foncé; tantôt c'était un liquide noir, tout-à-fait semblable au sang au moment où il s'échappe de la veine. Cette absence de caillot était d'accord avec l'état

liquide et comme dissous du sang dans le cœur et dans les vaisseaux.

Il semble d'ailleurs que dans plusieurs cas morbides il existe un rapport entre la liquidité du sang et la facilité des hémorragies; c'est ce qu'on peut observer dans le scorbut, dans les fièvres dites putrides, typhoïdes, pestilentielles. C'est ce qu'on a également constaté chez des animaux qui succombèrent après avoir reçu dans leurs veines des substances putrides. Chez eux, le sang fut trouvé liquide dans le cœur et dans les vaisseaux; chez eux aussi, le sang avait transsudé à travers les parois des vaisseaux de la plupart des tissus, et spécialement de la membrane muqueuse gastro intestinale. Est-ce donc dans l'état même du sang qu'il faut chercher la cause des hémorragies fréquentes qui se manifestent dans ces différents cas? Les expériences physiologiques de M. Fodera sur l'exhalation, ne permettent guère de douter qu'une diminution dans la viscosité du sang, et la cohésion moindre de ses particules, doivent favoriser la transsudation de ce liquide à travers les parois vasculaires.

Dans plusieurs de ces cas, il semble que la cause des hémorragies peut aussi se rapporter à l'altération du tissu même des capillaires, soit que les porosités des parois de ces vaisseaux, considérablement agrandies, livrent au sang un passage plus facile, soit que les parois des capillaires, devenues plus friables, cèdent et se déchirent sous l'influence du moindre effort. C'est dans cette dernière condition que paraissent se trouver certains scorbutiques dont les gencives laissent écouler du sang, dès qu'elles sont légèrement pressées.

Ainsi les causes prédisposantes d'un assez grand nombre d'hémorragies paraissent résider soit dans l'état du sang, soit dans l'état des parois vasculaires. Lorsque ces causes existent, l'inflammation la plus légère, une simple augmentation dans l'activité de la circulation générale ou dans la masse du sang, un obstacle mécanique peu considérable au retour du sang veineux, produisent des hémorragies avec une incroyable facilité.

D'autres fois, plusieurs de ces causes occasionnelles semblent agir seules dans la production des hémorragies. L'inflammation, par exemple, peut donner lieu à un écoulement de sang, soit en altérant la texture des vaisseaux, soit en distendant leurs parois, et favorisant ainsi la transsudation du sang en nature à travers les porosités agrandies. Mais, même dans ce cas, il faut encore admettre une disposition particulière dans la partie enflammée, pour qu'elle devienne le siége d'une hémorragie; car les inflammations peuvent avoir lieu dans toutes leurs nuances, sans donner lieu à un écoulement de sang.

Il suit de ces considérations que toutes les hémorragies ne sont pas accompagnées d'un travail inflammatoire, comme on a voulu l'établir dans ces derniers temps. Dans le cas même où ce travail inflammatoire existe, il ne doit être souvent considéré que comme une cause purement occasionelle; et alors le traitement antiphlogistique n'est pas toujours le traitement convenable. Tel paraît être le cas des *plaies saignantes* des scorbutiques; telles paraissent être aussi plusieurs hémorragies nasales, intestinales, et autres, qui ont lieu dans les fièvres adynamiques.

Appareil respiratoire.

Le parenchyme pulmonaire nous a présenté de fréquentes et graves altérations : tantôt nous l'avons trouvé fortement engoué par une sérosité rougeâtre, et en même temps mou et facilement déchirable; dans cet état, il crépitait encor. Tantôt, devenu imperméable à l'air, il offrait un tissu brun ou d'un rouge livide qui s'écrasait sous le doigt comme une sorte de pulpe. Alors il ressemblait beaucoup à certaines rates remarquables par leur grande mollesse. Ce *ramollissement pultacé* des poumons se rencontre spécialement chez les individus atteints de fièvre adynamique; c'est véritablement une lésion *sui generis*, et il semble que, chez ces malades, la phlegmasie des poumons revête une sorte de caractère spécial aussi bien que l'inflammation gastro-intestinale. On ne saurait confondre un pareil état du poumon avec son hépatisation rouge ou grise, telle qu'on l'observe dans les péripneumonies franches.

Nous avons vu, chez dix sujets, l'hépatisation rouge proprement dite.

Chez trois seulement, l'hépatisation eut son siége dans le poumon droit, une fois dans le lobe supérieur, et deux fois dans l'inférieur. Chez six sujets, c'était le poumon gauche qui était hépatisé; une fois dans son lobe supérieur, et les cinq autres fois dans l'inférieur. Enfin, chez un dixième individu, les deux poumons étaient hépatisés; le gauche dans son lobe supérieur, et le droit à sa base.

Une seule fois nous avons observé une gangrène du poumon (*obs.* 105); c'était chez l'un des individus dont

le poumon était hépatisé ; mais l'hépatisation existait dans le lobe inférieur, et la gangrène au centre du lobe supérieur, qui ne présentait aucune trace de phlegmasie.

Dans quelques uns des cas d'hépatisation rouge, il y avait plusieurs points qui passaient à l'hépatisation grise.

Trois fois nous avons vu ruisseler du tissu pulmonaire incisé une énorme quantité de sérosité spumeuse et incolore. Cet engouement séreux était trop considérable pour qu'on pût le regarder comme un simple effet cadavérique ; tout annonçait que cet œdème pulmonaire s'était formé pendant la vie.

Deux fois (*obs.* 83 et 103) nous avons trouvé dans les plèvres des concrétions albumineuses membraniformes, traces non équivoques d'une pleurésie récente. Il n'y avait épanchement dans aucun de ces deux cas.

Chez quatre individus (*obs.* 86, 90, 103, 115), des épanchements séro-sanguinolents existaient dans la cavité des plèvres, sans que ces organes présentassent d'ailleurs aucune trace de phlegmasie.

On peut juger, d'après ce résumé, combien a été grande la quantité de malades qui ont succombé avec une complication du côté des poumons. Une aussi fâcheuse complication, singulièrement favorisée par la mauvaise disposition de la salle où nos observations ont été recueillies, a été certainement une cause puissante de mortalité.

Système nerveux.

Ce système ne nous a présenté que des lésions rares et peu intenses.

Chez cinq individus seulement, nous avons noté une

assez vive injection des méninges, avec conservation de leur transparence, et sans autre altération de leur tissu. Chez quatre d'entre eux, cette injection était bornée aux méninges de la convexité des hémisphères; chez le cinquième, elle s'était étendue aux membranes de la face inférieure du cerveau (*obs.* 81, 85, 86, 89, 91).

Chez deux autres individus, les méninges avaient subi une altération plus considérable. Dans un de ces deux cas (*obs.* 93), une sérosité trouble, lactescente, infiltrait le tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la convexité des hémisphères. Dans le second cas (*obs.* 106), l'arachnoïde de cette même convexité présentait une friabilité remarquable. Lorsqu'on essayait de la soulever, elle se déchirait par petits lambeaux, et l'on enlevait avec elle un peu de la substance cérébrale elle-même, qui était rosée à sa superficie. Il semblait qu'il y eût dans ce cas arachno-céphalite.

Nous avons trouvé la substance cérébrale picotée d'un nombre plus ou moins considérable de petits points rouges, toutes les fois que nous avons observé l'injection de l'arachnoïde. Nous avons rencontré aussi cet état picoté du cerveau chez quelques sujets dont les différentes veines cérébrales étaient gorgées de sang, sans injection du tissu même des méninges.

On a beaucoup parlé de la diminution ou de l'augmentation de consistance du cerveau dans les fièvres adynamiques et ataxiques. Pour acquérir sur ce point des notions précises, nous avons ouvert pendant une année les crânes de tous les individus qui ont succombé aux maladies les plus différentes, aiguës ou chroniques. Nous avons soigneusement comparé l'état du cerveau dans ces

cas divers avec l'état qu'il présente dans les fièvres graves. Nous n'avons pas trouvé que dans ces dernières maladies le tissu du cerveau fût réellement plus dur ou moins consistant. Deux fois cependant (*obs.* 84, 117) la masse encéphalique nous a offert une dureté remarquable. Mais que peut-on conclure de ces faits isolés ? Dans ce genre de recherches, il est indispensable de noter le temps qui s'est écoulé depuis l'instant de la mort.

C'est aussi par cette étude comparative d'un très grand nombre de cerveaux que nous avons été conduits à ne tenir compte de la sérosité limpide épanchée dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, dans les ventricules ou à la base du crâne, que lorsque cette sérosité est en quantité assez considérable pour soulever notablement l'arachnoïde, écarter les circonvolutions, distendre les ventricules, ou occuper une grande partie des fosses occipitales inférieures. Or c'est ce que nous n'avons vu dans aucune de nos observations. Ne nous lassons point de le répéter : pour bien connaître l'état pathologique d'un organe, il est nécessaire de l'examiner lors même qu'on ne croit pas y rencontrer de lésion. Faute d'avoir étudié le cerveau de cette manière, des médecins ont vu partout des méningites, des arachnites, des hydrocéphales aiguës, des céphalites, etc. Pour nous il est bien démontré qu'il n'est guère de symptôme nerveux qui ne puisse se manifester sans lésion appréciable du cerveau et de ses dépendances.

Nous avons examiné le prolongement rachidien dans un assez grand nombre de cas; il ne nous a jamais présenté d'altération sensible.

Chez deux individus qui succombèrent en 1819 avec

un ensemble de symptômes ataxo-adynamiques très prononcés, nous avons trouvé les ganglions semi-lunaires d'une rougeur remarquable. Cette rougeur semblait surtout être produite par l'injection très vive du tissu cellulaire interposé entre les petits grains dont se composent ces ganglions. L'un de ces individus avait présenté, pendant les dernières 48 heures de son existence, un violent trismus, et une roideur comme tétanique des membres thorachiques [1]. Depuis, nous n'avons retrouvé rien de semblable.

Système musculaire.

C'est un fait généralement connu, que dans les fièvres adynamiques les muscles sont poisseux et livides. Nous avons souvent constaté ce fait, dont il serait assez difficile de donner une explication satisfaisante, mais qui n'en est pas moins fort remarquable. Cet état des muscles est-il lié à l'altération du sang? L'analogie qui existe sous le rapport de la composition chimique entre le sang et la fibre musculaire permet peut-être de proposer cette question.

Quelquefois aussi il nous a semblé que les muscles des diverses parties du corps, et spécialement les muscles des membres, avaient subi une véritable atrophie. Nous ne trouvions plus que des fibres minces et grêles chez des individus dont le système musculaire nous avait

[1] M. Aronsson, chirurgien en second de l'hôpital de Strasbourg, a également trouvé un état inflammatoire très prononcé des ganglions semi-lunaires dans un cas de tétanos. Nous nous contentons de rapprocher ces faits sans en rien conclure; plus nombreux, ils deviendraient de la plus haute importance.

paru très développé douze ou quinze jours auparavant. C'est une sorte de marasme aigu qui a lieu dans ce cas, si je puis ainsi m'exprimer. Six mois de maladie chronique ne produisent pas souvent une telle atrophie des muscles.

§ II. Phénomènes morbides.

LÉSIONS DES FONCTIONS NUTRITIVES.

Digestion.

En esquissant le tableau des symptômes des fièvres légères, nous avons fait ressortir le trouble à peu près constant présenté par les fonctions digestives aux différentes périodes de la maladie. Nous ne nous occuperons donc ici que de l'état de ces fonctions dans les fièvres plus graves.

La langue se sèche pour peu que la maladie revête un caractère sérieux, mais quelquefois elle conserve en même temps une grande pâleur; dans d'autres cas au contraire elle acquiert une vive rougeur. A mesure que les symptômes adynamiques se prononcent, la langue se sèche de plus en plus; elle prend une teinte brune qui passe bientôt au noir plus ou moins foncé; sa face supérieure se couvre de fuliginosités, ainsi que les dents et les lèvres.

Ces faits sont connus de tout le monde; mais l'état de la langue est-il toujours un indice fidèle de l'état de l'estomac? Sa sécheresse, sa couleur brune, les fuliginosités

qui la recouvrent, annoncent-elles constamment une gastrite?

Nous avons trouvé dans quatorze cas un désaccord frappant entre l'aspect de la langue et celui de la muqueuse gastrique. Dans treize de ces cas, la surface interne du ventricule était généralement blanche, ou ne présentait qu'un peu d'injection, et la langue était sèche, brune, fendillée, encroûtée de matières noires (*obs.* 82, 83, 88, 91, 93, 96, 97, 98, 102, 104, 105, 106, 116). Elle fut trouvée très pâle au-dessous des fuliginosités dans les observations 83 et 105. Dans ces deux cas aussi la surface interne de l'estomac était remarquable par son extrême pâleur.

Chez un quatorzième sujet (*obs.* 112), l'estomac était le siége de plusieurs ulcérations, et cependant la langue conserva constamment son aspect naturel.

Les diverses couleurs que présente la langue à mesure qu'elle se sèche sont une circonstance importante à considérer. Si la langue a perdu son humidité, sans avoir rougi préalablement, si, desséchée, elle reste pâle, c'est le cas où l'on peut le plus sûrement admettre un état sain de l'estomac. Plusieurs de nos observations en font foi. Si au contraire la langue est en même temps rouge et sèche, l'existence d'une phlegmasie gastrique est plus probable, mais elle ne saurait être regardée comme certaine d'après ce seul signe. Nous avons aussi observé une rougeur écarlate de la langue chez plusieurs individus atteints de scarlatine. Or, si chez ces individus l'état de la langue avait été l'indice fidèle de l'état de l'estomac, une gastrite très intense aurait dû exister, et l'on aurait dû observer, d'après les principes de M. Brous-

sais, les symptômes ataxiques ou adynamiques les plus graves. Cependant ces individus n'étaient que très légèrement affectés, et l'on pouvait considérer comme un des phénomènes primitifs de la maladie la rougeur de la langue aussi-bien que la rougeur de la muqueuse pharyngienne et de la peau.

Nous avons déjà vu que la rougeur de la langue se trouve souvent liée à une sorte de congestion sanguine générale vers les parties supérieures. Le système capillaire de la face dorsale de la langue s'injecte alors de même que le système capillaire des joues ou des conjonctives. Les sangsues, appliquées au cou, dégorgent alors directement les capillaires de la tête, et dérougissent plus sûrement et plus promptement la langue que les sangsues appliquées à l'épigastre. Nous avons aussi déjà signalé les heureux effets qui suivent quelquefois dans ce même cas l'administration des vomitifs.

Quant à la teinte brune ou noire de la langue, aux fuliginosités épaisses dont elle se recouvre, cet état nous paraît avoir une liaison encore plus directe avec l'état général de l'économie qu'avec une irritation de l'estomac. Il est inexact de dire que cet état de la langue annonce l'intensité de l'inflammation gastrique. Nos observations nous ont montré la langue noire et encroûtée dans le cas où le tube alimentaire n'était que très médiocrement lésé. L'enduit noir de la langue est généralement en rapport avec l'intensité des symptômes adynamiques. Les croûtes noires nous semblent devoir être rapprochées des exhalations sanguines atoniques qui signalent la dernière période des fièvres adynamiques. En effet, attentivement examinées sur la langue et sur les lèvres, ces croûtes ne

paraissent être autre chose que du sang exhalé par la muqueuse, et desséché en caillot.

En considérant la grande quantité et le volume des vaisseaux et des nerfs que la langue reçoit, il semble raisonnable d'admettre que la langue doit être affectée toutes les fois qu'un trouble général existe dans l'économie. Mais on conçoit de plus qu'en raison de la similitude de tissu, et des liens sympathiques qui unissent la langue à l'estomac, la langue doit tendre à s'éloigner de son état normal, dès que l'estomac souffre. Mais les faits que nous avons cités prouvent aussi que cette règle est sujette à de nombreuses exceptions. Nous en déduisons cette conséquence importante, que l'état pathologique de la langue ne suppose pas nécessairement l'état pathologique de l'estomac, et réciproquement.

Chez tous les malades, le sentiment de la faim a été anéanti, la soif a été très variable. L'un des individus chez lesquels la soif fut la plus vive avait l'estomac dans un état d'intégrité parfait. La soif ardente n'est donc pas toujours le résultat d'une irritation gastrique; ce phénomène peut dépendre, soit du dérangement de l'ensemble des fonctions nutritives, soit du trouble du système nerveux. C'est aussi à ce même ordre de causes, bien plus qu'à une gastrite, que doivent être rapportés la boulimie, le pica, etc.

Des vomissements furent très rarement observés, chez ceux-là mêmes, dont l'estomac fut trouvé le plus rouge. La douleur épigastrique fut généralement nulle ou très modérée. Les malades dont les intestins furent trouvés enflammés, ulcérés, exanthémateux, ne présentèrent non plus qu'une sensibilité très obtuse dans les diverses

régions de l'abdomen. Ce fait est très important; il prouve que l'on serait exposé à méconnaître continuellement les entérites les plus intenses, si l'on ne voulait en admettre l'existence que là où l'on trouve de la douleur. C'est là sans doute une des raisons pour lesquelles les phlegmasies de la membrane muqueuse gastro-intestinale ont été long-temps si peu connues. L'un des plus grands services que M. Broussais ait rendus à la science est sans doute d'avoir fortement fixé l'attention des médecins sur ces entérites complétement indolentes, que le génie observateur de Morgagni avait déjà entrevues.

Hors un très petit nombre de cas, où la constipation fut constante, une diarrhée plus ou moins abondante se montra à différentes époques de la maladie. Cette diarrhée ne se présenta avec les caractères de la dyssenterie que chez un seul malade (*obs.* 74). Aucune lésion particulière de l'intestin ne rendit compte de cette anomalie.

Le flux de ventre est-il constamment lié à un état inflammatoire de la membrane muqueuse intestinale?

Long-temps les affections connues sous le nom de diarrhée, dyssenterie, et lienterie, furent regardées comme des maladies entièrement indépendantes de l'inflammation des intestins. Plusieurs anciens auteurs ont à la vérité parlé des ulcérations que présente dans les diarrhées chroniques la surface interne du tube digestif; mais ils les considéraient comme un effet de la diarrhée. Telle était l'opinion de Boerhaave et de Van-Swieten son commentateur; telles étaient aussi à peu près les idées de Stoll; elles se retrouvent dans les écrits d'Hippocrate. Il n'ignorait pas que dans la dyssenterie les intestins sont

le siége d'ulcérations plus ou moins profondes ; mais il les regardait comme le produit de la bile et de la pituite dégénérées.

Les nombreuses recherches des modernes ont fait justice de ces idées. Mais quelquefois aussi n'ont-elles pas conduit à un excès opposé, en portant à admettre que tout flux de ventre supposait l'existence d'une inflammation ? Nous allons essayer d'élucider ce point de doctrine, en présentant le résumé des nombreuses observations que nous avons recueillies sur ce sujet.

Nous avons trouvé plusieurs fois, chez des individus atteints de diarrhée récente ou ancienne, la face interne du canal intestinal très pâle dans toute son étendue, la muqueuse ayant conservé son épaisseur et sa consistance ordinaire. Les malades, affaiblis par de longues maladies organiques, les hydropiques, les vieillards qui sont dans cet état de langueur que les anciens désignaient sous le nom de cachexie, et qui succombent après avoir eu pendant un temps plus ou moins long un dévoiement considérable, présentent souvent cet état du canal intestinal. Leurs selles sont abondantes, très liquides, purement aqueuses ; elles surpassent de beaucoup la quantité de boissons que prennent les malades. Nous avons quelquefois trouvé, dans des cas de ce genre, une infiltration séreuse très prononcée du tissu cellulaire sous-muqueux.

Morgagni nous a transmis l'histoire de plusieurs diarrhées sans inflammation de la muqueuse intestinale. Il a vu plusieurs des malades qui en furent atteints succomber en un court espace de temps, épuisés par l'excessive abondance de leurs évacuations alvines.

Dans ces diarrhées atoniques, les parois intestinales s'amincissent souvent beaucoup; la tunique charnue surtout s'atrophie véritablement; elle n'est plus quelquefois composée que de quelques fibres pâles, grêles, et largement séparées les unes des autres. Bonet avait déjà remarqué ce fait. Dans les anciennes diarrhées, dit-il, on trouve les intestins aussi minces qu'une toile d'araignée. L'intestin, dans cet état, semble devoir être inhabile à remplir ses fonctions; la chylification ne s'opère plus qu'imparfaitement; l'absorption devient beaucoup moins active, et les aliments sont rendus souvent tels qu'ils avaient été pris. C'est ce que les anciens désignaient sous le nom de lienterie.

La muqueuse intestinale peut donc, comme plusieurs autres tissus, devenir le siége d'une sécrétion beaucoup plus abondante que de coutume, bien qu'elle ne présente aucune trace d'inflammation. C'est ainsi que, pendant les convalescences des longues maladies, est augmentée souvent l'exhalation de la sérosité dans le tissu cellulaire sous-cutané. Ce n'était donc pas sans raison que Sauvages avait désigné sous le nom de *flux* une classe particulière de maladie.

Puisqu'il existe des flux de ventre véritablement atoniques, il s'ensuit qu'un traitement fortifiant et astringent est, dans ces circonstances, le seul convenable. C'est ainsi que l'on fait disparaître les œdèmes dont nous parlions tout à l'heure, soit par l'emploi des topiques stimulants, soit par l'administration intérieure des médicaments toniques.

Chez d'autres individus, l'on trouve la muqueuse intestinale également blanche dans toute son étendue; mais

au-dessous d'elle existent de nombreux tubercules, ou d'autres tissus accidentels. Ils provoquent le dévoiement, soit par l'irritation sympathiqne qu'ils déterminent sur la membrane muqueuse qui les recouvre, soit en stimulant par leur présence la tunique charnue, dont les contractions deviennent alors plus rapides et plus intenses. C'est ainsi que les divers tissus accidentels développés dans le parenchyme pulmonaire provoquent une irritation habituelle de la muqueuse bronchique. Mais le plus ordinairement la diarrhée, dans ce cas, ne paraît devenir permanente et considérable qu'à l'époque où les tubercules ramollis enflamment et ulcèrent la muqueuse.

Il est d'ailleurs indubitable que dans la très grande majorité des cas, les intestins des individus atteints de diarrhée, compliquée ou non de symptômes dyssentériques, présentent des traces évidentes de phlegmasie.

Cette phlegmasie peut avoir son siége dans l'intestin grêle ou dans le gros intestin.

Dans l'intestin grêle, elle n'existe souvent que dans l'étendue de quelques travers de doigt au-dessus de la valvule iléo-cœcale; d'autres fois une plus grande portion de l'intestin grêle en est atteinte, soit qu'elle s'y annonce par une simple injection de la muqueuse, l'altération de sa texture, son ramollissement rouge ou blanc, ou son ulcération. De nombreuses observations nous ont appris que la diarrhée aiguë ou chronique est le fréquent résultat de l'inflammation isolée de l'intestin grêle, sans que le gros intestin y participe en aucune manière. Nous insistons sur ce fait, parce que M. Broussais a établi en principe général que l'entérite est accompagnée de con-

stipation, et que la diarrhée ne survient que lorsque l'entérite se complique de colite.

Des trois portions du gros intestin, le cœcum est celle qui, dans la diarrhée, présente le plus fréquemment l'un des trois degrés de l'inflammation; après lui c'est le colon, et enfin le rectum.

Les symptômes dont l'ensemble constitue la dyssenterie ne sont pas liés à un état particulier des intestins. Le ténesme seul annonce que l'inflammation existe dans le rectum. Quant aux selles sanguinolentes et glaireuses, elles se sont montrées chez des individus dont les intestins présentaient des lésions analogues à ceux d'autres malades dont les selles avaient été toujours purement aqueuses.

Nous avons trouvé une fois d'assez nombreuses ulcérations dans le colon ascendant, chez un phthisique, qui, sujet autrefois au dévoiement, n'en avait plus depuis long-temps, et était même habituellement constipé. L'on conçoit qu'il peut en être souvent ainsi, lorsque les ulcérations sont petites, peu nombreuses, et que leurs bords ni leur fond ne sont pas enflammés. En effet, elles ne peuvent alors, comme les tubercules, produire le flux de ventre que par l'irritation sympathique de la muqueuse qui les entoure, ou de la tunique musculaire.

Les différents états que peut présenter le tube digestif dans la diarrhée étant bien connus, peut-on les distinguer pendant la vie d'après les symptômes qui se manifestent? Cela est possible dans plusieurs cas. Ainsi, si l'on observe des douleurs abdominales, si la peau est brûlante, le pouls fréquent; si les déjections alvines sont glaireuses, membraniformes, sanguinolentes, on peut

être certain que l'intestin est le siége d'une inflammation plus ou moins intense.

Mais, comme nous l'avons déjà vu, rien n'est plus commun que l'absence de toute espèce de douleur dans les cas où de nombreuses ulcérations couvrent la face interne des intestins, soit de l'iléum, soit du cœcum et du colon. Combien n'est-il pas fréquent, d'un autre côté, de voir des malades accuser de vives douleurs abdominales, bien que leur muqueuse digestive ne soit nullement enflammée !

Les tubercules intestinaux peuvent aussi naître, se développer et se ramollir, sans qu'aucune douleur les annonce.

Le caractère des déjections n'est pas lui-même un signe toujours certain pour reconnaître l'inflammation. On a vu des évacuations sanguinolentes avoir lieu par l'anus chez des individus dont la muqueuse intestinale fut trouvée saine après la mort. Ces hémorrhagies passives sont analogues à celles qui ont lieu chez plusieurs hydropiques, à la face interne des membranes séreuses de la poitrine et de l'abdomen ; elles sont semblables aux hémorrhagies dont la peau, le tissu cellulaire et les membranes synoviales deviennent le siége chez les scorbutiques.

Les déjections séreuses, semblables à de l'eau colorée en jaune ou en vert, se manifestent également dans tous les états possibles du tube digestif, et dans les cas où il est ulcéré, et dans les cas où ses parois sont pâles, amincies et infiltrées.

Lors même que des ulcérations existent dans les intestins, doivent-elles être regardées comme un obstacle

constant à l'emploi des substances toniques et astringentes? Ces ulcérations présentent une si grande variété dans leur nature, qu'il semble qu'une même méthode de traitement ne saurait leur convenir à toutes. La couleur blanche, grise, ou brune de leur fond; la nature de la sécrétion qui s'y opère; l'épaississement nul ou considérable du tissu lamineux qui le forme; l'aspect et la disposition de leurs bords; les différents degrés de consistance, d'épaisseur et de couleur de la muqueuse qui constitue ces mêmes bords; le décollement de la membrane dans une étendue plus ou moins grande; son état dans les intervalles des ulcérations: ne sont-ce pas là autant de circonstances qui semblent réclamer une foule de modifications dans le traitement? On explique ainsi facilement comment telle méthode curative réussit très bien dans un cas, et échoue complétement dans un autre. Nous avons vu, par exemple, plusieurs diarrhées céder à la décoction de cachou; nous en avons vu d'autres s'accroître et s'exaspérer pendant l'administration de ce médicament, bien que dans les deux cas les symptômes fussent à peu près les mêmes, et que les malades fussent placés dans des circonstances générales semblables: la plupart étaient des phthisiques. Il faudrait souvent, dans une même portion d'intestin, pouvoir appliquer une substance astringente ou tonique sur les ulcérations, et couvrir de médicaments émollients les intervalles qui les séparent, et réciproquement. C'est ainsi qu'agit le chirurgien dans le traitement de plusieurs ulcères situés à l'extérieur du corps. Il les guérit en cherchant à maintenir l'inflammation à un certain degré, au-dessus et au-dessous duquel elle ne saurait marcher vers la résolution.

N'est-ce pas encore par l'emploi des topiques astringents que se guérissent beaucoup d'ophthalmies chroniques? N'est-ce pas aussi par l'emploi des substances résineuses qu'on traite avec beaucoup de succès les phlegmasies chroniques des muqueuses pulmonaire et urétrale? Nous avons vu bien souvent M. Lerminier avoir recours, avec un avantage marqué, à un traitement légèrement stimulant vers la fin des pneumonies aiguës qui tendaient à passer à l'état chronique.

Enfin, pour donner un nouveau poids à ces considérations, nous pourrions invoquer l'autorité des anciens qui, dans les diarrhées et les dyssenteries chroniques, faisaient un fréquent et heureux usage de plusieurs substances astringentes données sous diverses formes. Rappelons seulement ici que Lind, dans son excellent Traité du scorbut, dit avoir combattu avec succès par cette classe de remèdes la dyssenterie dont les scorbutiques étaient atteints.

Reprenons maintenant le résumé de nos observations.

Chez un grand nombre d'individus, c'est par une diarrhée considérable que la maladie débuta. Après avoir persisté pendant quinze jours ou trois semaines, elle épuisait l'économie, et alors apparaissaient des symptômes adynamiques.

Chez d'autres, la diarrhée ne se montra que pendant le cours de la maladie. Dans ce cas, tantôt assez légère, elle ne parut exercer aucune influence sur la marche et le développement des symptômes. Tantôt, soit à cause de l'abondance des déjections alvines, soit en raison de l'intensité de la phlegmasie intestinale, l'apparition de la

diarrhée coïncida avec une exaspération de la maladie. Quelquefois enfin l'on vit un amendement non douteux avoir lieu, en même temps que la diarrhée s'établit (*obs.* 55, 61, 66, 69, 99). On put, dans ce dernier cas, rapporter le flux de ventre aux phénomènes critiques.

Cette amélioration, succédant à l'établissement de la diarrhée, sera regardée par les uns comme le simple résultat d'une révulsion opérée sur le gros intestin. D'autres, plus sages peut-être, chercheront surtout à constater la réalité de ce flux critique, sans trop essayer de s'en rendre compte, et ils trouveront dans les auteurs beaucoup de faits, beaucoup d'idées qui ne seront point indignes de leur méditation. Huxham, par exemple, a vu souvent, dans la fièvre lente nerveuse, le délire et la disposition au coma disparaître, en même temps qu'un flux de ventre s'établissait. Dans la petite-vérole, dit le même auteur, une diarrhée critique sauve bien souvent la vie du malade. Pringle regardait la diarrhée comme servant le plus ordinairement de crise aux fièvres rémittentes dont il nous a transmis une si précieuse description. D'après ces idées, il recommande de ne point arrêter trop tôt le cours de ventre. Grant considérait aussi la diarrhée comme étant la terminaison naturelle de la fièvre putride, et formant la crise de cette maladie. Enfin notre illustre Pinel a remarqué qu'une diarrhée spontanée, survenue dans le cours ou vers le déclin d'un accès de manie, avait tous les caractères d'une évacuation critique, et qu'elle pouvait faire présager une guérison prochaine. Nous avons discuté ces faits dans nos observations particulières.

Rapprochons seulement ici de ces faits un fait très im-

portant que les expériences physiologiques ont découvert. Plusieurs des animaux dans les veines desquels M. Gaspard injecta soit du pus, soit des substances putrides, furent rendus à la santé en même temps qu'une diarrhée purulente s'établit. Il semble évident que dans ce cas la matière délétère introduite dans l'économie en a été éliminée par la voie des intestins. Il existe certainement un grand rapport entre ce fait et la manière dont les médecins humoristes concevaient les crises.

Enfin chez plusieurs individus la diarrhée et les autres symptômes d'irritation gastro-intestinale ne se manifestèrent qu'à une époque déjà assez avancée de la maladie, et l'on ne put considérer la lésion des voies digestives que comme une simple complication. C'est ce qui nous a paru surtout avoir lieu chez les individus qui font le sujet des observations 65, 89, 94, 95, 103, 107.

Trois de nos malades ont succombé à une abondante hémorragie intestinale. Chez deux d'entre eux, cette hémorragie fut annoncée par la nature des selles. Chez le troisième, elle ne fut révélée qu'à l'ouverture du cadavre; le sang, exhalé dans l'intestin grêle, n'avait point dépassé la valvule iléo-cœcale.

Le développement extraordinaire des gaz intestinaux est l'une des complications les plus communes et les plus fâcheuses des fièvres graves. Nous avons observé ce météorisme chez un grand nombre de nos malades. Le colon paraissait en être spécialement le siége; prodigieusement distendu, il se dessinait très bien à travers les parois abdominales. Le diaphragme se trouvait alors fortement refoulé en haut, et il en résultait une funeste dyspnée.

Je ne pense pas que l'inflammation de la muqueuse

intestinale doive être regardée comme la cause unique du météorisme que l'on observe dans les fièvres graves; car d'une part, l'on ne remarque pas un pareil météorisme chez les phthisiques, dont les intestins sont si souvent ulcérés et fortement enflammés; on ne le remarque même pas dans les cas où chez ces malades l'entérite affecte une marche aiguë. D'une autre part, il est bien certain que des gaz peuvent se développer en très grande quantité dans des intestins entièrement exempts d'inflammation.

L'art possède-t-il quelque moyen efficace pour s'opposer au développement des gaz intestinaux? La magnésie, le charbon, l'eau de chaux et autres substances absorbantes ont été tour à tour proposées; l'application de la glace sur l'abdomen, en opérant la condensation des gaz, a été souvent utile; enfin il n'est pas jusqu'à l'acupuncture qui n'ait été proposée, et employée, dit-on, avec succès dans quelques cas; mais le point important serait surtout de trouver un moyen qui empêchât la reproduction des gaz, après que ceux-ci ont été absorbés, condensés ou expulsés. Or ce moyen est encore à trouver. Les laxatifs peuvent être utiles en entraînant au dehors les matières dont la décomposition peut donner lieu à un développement de gaz. Mais en principe général c'est tantôt en modérant l'inflammation intestinale, tantôt en relevant les forces, qu'on voit disparaître le météorisme. Quelquefois cette sécrétion gazeuse cesse tout à coup, bien qu'aucune des conditions qui la favorisaient n'ait semblé changer. Nous en avons vu surtout un exemple frappant chez un jeune homme qui offrait tous les symptômes d'un double état tuberculeux des poumons et des intestins. Mais de plus l'on observait chez lui, au mo-

ment de son entrée à l'hôpital, une très forte tympanite. Rien n'annonçait l'existence d'un obstacle dans les intestins. Les selles étaient fréquentes et liquides; des gaz étaient rendus en très grande quantité par l'anus, et cependant le volume de l'abdomen ne diminuait pas. Cette tympanite persista pendant près de trois semaines. Plusieurs moyens mis en usage furent tous inutiles. Enfin, au bout de ce temps, l'abdomen revint spontanément en quarante-huit heures à son volume ordinaire, sans que le malade eût rendu par l'anus sensiblement plus de gaz que les jours précédents; cependant le dévoiement continuait, le dépérissement faisait des progrès, et bientôt nous pûmes constater par la nécroscopie l'existence d'excavations tuberculeuses dans les poumons; les intestins ne nous présentèrent rien autre chose que des ulcérations et des tubercules.

Circulation.

Nous ne repasserons point ici en revue les nuances infinies qui ont été présentées par le pouls. Nous l'avons trouvé en général petit, faible, facilement déprimable, chez les malades qui présentaient une véritable adynamie. Nous l'avons vu se relever après l'emploi de la saignée, chez ceux dont l'adynamie n'était que le résultat de l'oppression des forces. Quelquefois, tandis que l'ensemble des symptômes indiquait une forte prostration, le pouls seul, conservant encore de la plénitude et de la force, nous avertit que cette prostration n'était qu'apparente. Mais souvent aussi, lorsqu'au milieu de la débilité générale le pouls conservait de la dureté, l'auscultation nous découvrit que ce phénomène dépendait d'une hy-

pertrophie du cœur. Cette remarque doit engager les praticiens à joindre toujours, ainsi que le recommande M. Laennec, l'examen du cœur à celui du pouls. C'est surtout chez les vieillards que l'on rencontre ces pouls durs liés à une maladie organique du cœur. Ce serait alors une funeste erreur que d'avoir recours à d'abondantes saignées. Rien ne fut plus variable sous le rapport de la force, que le pouls des malades chez lesquels prédominèrent les symptômes nerveux.

Toutes les fois que nous avons vu le pouls s'élever au delà de cent trente à cent quarante battements par minute, le cas a été mortel. Chez quelques malades qui ne présentaient encore aucun symptôme bien grave, cette seule circonstance a souvent fait présager une terminaison funeste.

Chez d'autres malades, au contraire, nous avons vu, au milieu des symptômes les plus graves, le pouls s'éloigner à peine de son état naturel, ou même présenter un ralentissement sensible dans ses battements. La peau conservait en même temps son degré de température ordinaire (*obs.* 73, 80, 114, 115).

Cette rareté du pouls a été signalée depuis long-temps comme l'un des plus graves symptômes des fièvres malignes. Hippocrate l'avait notée dans l'une des observations du quatrième livre des maladies populaires. Galien l'avait regardée comme un signe ordinairement mortel. D'autres observateurs en ont également parlé. « Si dans » les fièvres malignes, disait Sénac, le médecin ne voulait » consulter que le seul état du pouls, tout lui paraîtrait » en sûreté, tant le pouls, dans ces maladies, semble sou» vent conforme à l'ordre naturel. »

Sarcone a observé, dans l'épidémie de Naples, quelques malades dont le pouls, loin d'être accéléré, présentait à peine quarante pulsations par minute. Le pouls devenait plus fréquent à mesure que le malade se rétablissait. Dehaen a cité aussi l'observation d'un jeune homme atteint de tous les symptômes d'une fièvre grave, et dont le pouls ne battait que quarante-quatre fois par minute [1].

Nous n'avons jamais rencontré cette inégalité des deux pouls, qui a été signalée par plusieurs auteurs comme l'un des phénomènes caractéristiques des fièvres graves. L'un des faits les plus remarquables de ce genre est celui qui a été cité par Rasori (*Histoire de la Fièvre pétéchiale de Gênes*). Ce médecin ne trouva plus, un jour, de pouls au bras droit chez un individu atteint de la maladie épidémique. Cependant il l'avait très bien senti les jours précédents; le pouls du bras gauche battait comme de coutume. Le lendemain, Rasori retrouva les deux pouls; mais le surlendemain le pouls droit cessa de nouveau d'être sensible pendant plus d'un quart d'heure.

On n'admettra sans doute qu'avec une extrême réserve un fait aussi extraordinaire. Pour nous, toutes les fois que nous avons trouvé les deux pouls inégaux, cette inégalité, persistant encore après la guérison, nous a paru pouvoir se rattacher, dans tous les cas, à une variété anatomique. Chez un individu, le pouls gauche contrastait, par son extrême faiblesse, avec la force et

[1] Sæpius fit ut in ægrotis, malignis morbis laborantibus, pulsus ita sanorum similes observantur, ut non raro vel etiam doctissimi medici decipiantur. (Prosper Alpin.)

la plénitude du pouls droit. Après sa mort, nous avons trouvé que l'artère radiale gauche se divisait en deux branches à la partie supérieure de l'avant-bras. Celle de ces branches qui suivait la direction ordinaire de l'artère égalait à peine le volume de l'artère collatérale externe du bras. Chez un autre malade, dont le pouls du côté gauche était aussi beaucoup plus faible que le pouls droit, et présentait de plus d'assez fréquentes irrégularités, nous avons trouvé à l'intérieur de l'artère brachiale, un peu au dessus de sa division, une tumeur irrégulièrement arrondie, de consistance crétacée. Elle oblitérait les trois quarts environ de la cavité de l'artère. Primitivement développée au dessous de la membrane interne, elle avait déchiré celle-ci, et se trouvait en contact immédiat avec le sang. Si l'individu eût vécu plus long-temps, il est vraisemblable que le tronc de l'artère brachiale se serait trouvé enfin totalement oblitéré.

Nous avons pu aussi rattacher à une lésion organique du cœur l'irrégularité du pouls dans la plupart des cas où nous l'avons observée. — Un malade nous a présenté une assez singulière anomalie (*obs.* 80). Son pouls, irrégulier tant que l'affection fut légère, devint régulier à mesure que des symptômes graves se développèrent.

Dans les corollaires placés à la suite de l'observation, nous avons rapproché ce cas de quelques autres cas consignés dans les auteurs.

Ce n'est point ici le lieu de rappeler les innombrables travaux entrepris sur le pouls depuis Galien jusqu'à nos jours. L'observation clinique a réduit ce genre de recherches à sa juste valeur; et dans ce vaste champ, comme l'a dit M. Double, *le médecin trouve bien plus de propo-*

sitions à rejeter qu'il n'entrevoit de lacunes à remplir[1].

La température de la peau, dont l'examen se trouve naturellement lié à celui de la circulation, nous a offert de nombreuses variétés.

Les malades chez lesquels l'adynamie a été le plus prononcée ont présenté un refroidissement général de la peau, qui nous a semblé être un des signes les plus certains pour distinguer la prostration réelle de celle qui n'est qu'apparente. C'est surtout avec un tel état de la peau que l'avantage de la médication tonique a été manifeste. Dans un cas surtout où le froid glacial des extrémités annonçait une mort prochaine, nous vîmes, vingt-quatre heures après l'administration des toniques, la chaleur se rétablir, et la vie renaître en quelque sorte avec la chaleur.

Nous avons noté chez quelques malades une grande inégalité dans la distribution de la chaleur. Chez d'autres, nous avons vu une même partie présenter en quelques heures les plus rapides alternatives d'un froid presque glacial et de la température la plus élevée. Ces faits ne sont pas sans importance sous le rapport physiologique.

Chez un petit nombre d'individus qui présentaient surtout des symptômes nerveux, la température de la peau s'est conservée telle qu'elle se montre dans le plus parfait état de santé. Cette douce chaleur du système cutané a été constamment liée à l'absence de fréquence du pouls. Nous l'avons observée entre autres chez un malade (*obs.* 115) dont les intestins furent trouvés forte-

[1] *Séméiologie*, tome 2.

ment ulcérés. Chez ce sujet, ce ne fut que quarante-huit heures seulement avant la mort que la température de la peau s'éleva.

Une fois surtout nous avons rencontré cette nuance de la chaleur, qui a été particulièrement signalée par Pringle et Hildenbrand, et dans laquelle la peau ne peut être touchée quelques secondes de suite sans qu'on n'éprouve une sensation fort pénible, et même une véritable douleur (*obs.* 76).

C'est ici le lieu de rappeler les différents aspects que le sang a présentés chez les individus dont la veine a été ouverte.

Ceux qui furent saignés lorsqu'ils présentaient un état inflammatoire général très prononcé, offrirent la plupart une couenne dense, épaisse, recouvrant un caillot large et bien consistant. Chez les individus déjà affaiblis, le caillot fut généralement remarquable par son extrême mollesse. Enfin, chez quelques malades qui furent saignés lorsqu'ils étaient déjà profondément débilités, lorsque leur face en particulier offrait cette teinte terreuse qui caractérise l'adynamie, le sang tiré de la veine fut trouvé presque exclusivement formé d'une sérosité rougeâtre au milieu de laquelle restaient comme suspendus et isolés quelques restes de fibrine (voyez surtout les *observations* 54, 60, 73, 83, 91, 99). L'on voit une même fièvre présenter souvent ces différents aspects du sang dans ses diverses périodes. Les symptômes qui apparaissent à ces différentes époques ne peuvent-ils pas avoir quelque rapport avec les changements que le sang subit? Porté si différent de lui-même dans nos organes, ne peut-il pas en altérer les propriétés et en déranger les fonctions? L'ex-

trême différence qui existe entre le sang des individus atteints de fièvres graves et le sang d'un individu frappé de pleuropneumonie ne mérite-t-il pas au moins une attention aussi grande que les lésions des solides? Qui peut assurer qu'une étude plus approfondie soit des liquides en général, soit du sang en particulier, ne deviendra pas un jour la source des plus importantes découvertes dans la science de l'homme malade? Nous avons déjà agité ces questions et insisté sur les différents états du sang soit dans plusieurs des observations particulières, soit dans le paragraphe premier du résumé général.

Respiration.

Nous avons déjà vu, en récapitulant les lésions découvertes par l'ouverture des corps, que les pneumonies étaient une complication très fréquente et le plus souvent mortelle dans les fièvres graves. Si nous passons maintenant en revue les symptômes qui ont annoncé ces phlegmasies, nous trouverons que dans le plus grand nombre des cas le diagnostic a été très obscur. Ces pneumonies intercurrentes n'ont été souvent annoncées par aucune gêne apparente dans la respiration, par aucune expectoration caractéristique. La toux elle-même était très légère, et la désorganisation du poumon pouvait être déjà consommée avant que la phlegmasie pulmonaire eût pu même être soupçonnée. De là l'indispensable nécessité de percuter et d'ausculter fréquemment les malades. Enfin nous avons vu ce double moyen d'investigation devenir lui-même inutile lorsque la phlegmasie occupait le centre, la base ou la racine de l'un des poumons.

L'absence de toute expectoration caractéristique dans ces pneumonies intercurrentes peut souvent dépendre de ce que les malades, déjà parvenus au dernier degré de la faiblesse, avalent leurs crachats qu'ils n'ont plus la force ou l'instinct d'expectorer. Mais quelquefois aussi il semble que la matière ne soit pas réellement sécrétée : c'est ce qui paraît surtout avoir lieu dans les cas de splénisation ou ramollissement pultacé des poumons.

Tandis qu'aucune dyspnée n'a existé chez plusieurs des individus dont les poumons étaient enflammés et désorganisés, la respiration s'est montrée singulièrement accélérée, courte, difficile chez plusieurs malades dont les poumons furent trouvés parfaitement sains. Chez d'autres, la respiration était au contraire d'une extrême lenteur. Quelquefois enfin, nous avons vu dans un court espace de temps les mouvements inspiratoires présenter tous les degrés possibles de la fréquence et de la rareté. Nous avons rapporté ces modifications diverses de la respiration au trouble du système nerveux. Les muscles inspirateurs ou expirateurs peuvent en effet, aussi bien que les muscles des membres, s'éloigner de leur mode habituel de contraction, et exécuter dès lors les mouvements les plus désordonnés.

Sécrétions.

Transpiration cutanée. L'aridité de la peau, phénomène si commun dans les fièvres graves, semble devoir être attribuée à la suppression de la perspiration et de la sécrétion folliculaire. La persistance de l'aridité

de la peau a toujours été d'un fâcheux présage. Nous avons vu, dans le plus grand nombre des cas, une amélioration franche ne commencer à avoir lieu qu'autant que le rétablissement de la transpiration et de la sécrétion folliculaire avait rendu à la peau la souplesse et le poli qu'elle offre dans l'état de santé.

Nous avons vu, dans l'observation 1re, une transpiration habituelle de l'aisselle se supprimer pendant le cours de la maladie, et se rétablir spontanément pendant la convalescence.

Les sueurs partielles du crâne, de la face, du cou ou des membres supérieurs, ont été en général d'un sinistre présage (*obs.* 82, 95, 106).

Les sueurs froides et visqueuses se sont montrées constamment mortelles. La peau, en même temps froide et humide, nous a paru annoncer un plus grand danger que la peau froide, mais sèche.

Dans plusieurs cas, la peau, restée sèche ou un peu moite seulement pendant tout le cours de la maladie, s'est couverte d'une sueur abondante peu d'heures avant la mort.

Nous avons souvent constaté cette extrême fétidité des sueurs, qui a été signalée par les auteurs comme l'un des phénomènes caractéristiques des fièvres putrides. Vainement chercherait-on une pareille odeur dans les sueurs abondantes qui accompagnent la plupart des inflammations franches, celles de la poitrine en particulier. Cette odeur n'existe pas davantage dans les sueurs copieuses qui accompagnent le ramollissement des tubercules pulmonaires et intestinaux. La fétidité de la transpiration dans plusieurs fièvres graves a donc quelque chose de

spécial; et ce phénomène est peut-être encore au nombre de ceux qui tendent à démontrer l'altération des liquides dans ces maladies.

Chez seize individus, nous avons observé un amendement subit et souvent inespéré de tous les symptômes, en même temps qu'une sueur générale et plus ou moins abondante s'est manifestée (*obs.* 8, 9, 18, 21, 23, 36, 50, 53, 54, 58, 61, 69, 71, 78, 79, 80). Dans les hôpitaux, il est difficile d'obtenir des renseignements bien précis sur l'état antécédent des malades; aussi il nous a été le plus souvent impossible de connaître d'une manière précise le jour de l'apparition de cette sueur critique. Cependant elle nous parut s'être montrée le septième jour dans l'observation 18, le douzième jour dans l'observation 23, du quatorzième au quinzième dans l'observation 54, le vingt-unième dans les observations 61 et 79. Dans l'observation 78, des sueurs eurent lieu à trois époques différentes, le septième, le quatorzième et le dix-huitième jour. La dernière présenta seule les caractères d'une évacuation critique. Chez le malade de l'observation 50, l'établissement de la diaphorèse suivit l'administration d'un émétique. Chez d'autres malades, et en particulier chez celui de l'observation 51, une douce moiteur parut être aussi l'heureux résultat de l'administration d'un vomitif.

Parmi les sueurs qui ne furent accompagnées ou suivies d'aucun soulagement, ou qui se montrèrent en même temps que tous les symptômes s'exaspérèrent, plusieurs apparurent dans les jours regardés comme critiques. Ainsi, dans l'observation 87, la sueur se manifesta le quatorzième jour.

Urine. L'urine a été très fréquemment modifiée, soit dans sa quantité, soit dans ses qualités. Tantôt elle a cessé réellement d'être sécrétée (*obs.* 81, 113); tantôt, continuant à se former dans les reins, elle n'a pu être expulsée par la vessie frappée de paralysie (*obs.* 77, 89, 105, 114).

Une seule fois nous avons vu l'apparition d'un dépôt sédimenteux dans les urines coïncider avec une amélioration de la maladie. Celle-ci parut, selon l'expression consacrée, se juger par les urines (*obs.* 74).

Crachats. Des crachats épais, puriformes, apparaissant tout à coup en grande quantité, sans avoir été précédés d'aucun des signes ordinaires d'une phlegmasie bronchique, et accompagnés, comme les autres évacuations dont il vient d'être question, d'une rémission marquée des symptômes, ont fixé notre attention dans les observations 68, 78, 80. Dans la soixante-dix-huitième, nous vîmes les sueurs et l'expectoration alterner d'une manière remarquable.

Parotides. La tuméfaction des parotides ne s'est montrée à nous que quatre fois. Dans aucun de ces cas elle n'a été critique; dans tous, c'est la parotide droite qui s'est tuméfiée. Dans l'observation 82, la parotide apparut vers le treizième jour; elle augmenta de volume les jours suivants : les symptômes ne cessèrent de s'exaspérer depuis le moment de son apparition. Dans l'observation 87, elle se développa le dix-neuvième jour, et acquit tout à coup un volume énorme. Le malade succomba le surlendemain. Dans l'observation 98, nous ne pûmes préciser l'époque de l'apparition de la parotide; la tuméfaction fut médiocre. Après être restée stationnaire pendant trois

jours, la tumeur diminua peu à peu, et disparut sans avoir exercé aucune influence sur la maladie. La terminaison fut funeste. Enfin, dans l'observation 68, la parotide se montra le vingtième jour, comme dans l'observation 87; mais lorsqu'elle se manifesta, le malade touchait presque à la convalescence. A mesure que la parotide se développa, la fièvre se ralluma, et les symptômes adynamiques reparurent. La tumeur s'abcéda du neuvième au dixième jour, et nous vîmes de nouveau les symptômes graves disparaître, à mesure que la tumeur marcha vers la résolution.

Il est nécessaire de donner issue de bonne heure par une incision convenable au pus qui se forme entre les granulations de la glande : car ce pus, en fusant dans les parties voisines, peut donner lieu à de graves accidents. Deux fois, nous avons vu le séjour prolongé du pus entraîner la destruction de la portion cartilagineuse du conduit auditif, et l'abcès de la parotide se vider par l'oreille.

Exhalations sanguines.

Des hémorragies nasales, remarquables par leur abondance, ont eu lieu chez douze malades.

Tantôt elles se sont manifestées au début de la maladie, en ont même marqué l'invasion, et lorsqu'à cette époque elles ont été abondantes et répétées, l'adynamie est ordinairement survenue (*obs.* 59, 61, 87, 97, 113). Dans l'observation 59, les épistaxis ne cessèrent qu'en même temps qu'une diarrhée s'établit spontanément.

Tantôt les épistaxis n'ont eu lieu que pendant le cours de la maladie, et alors elles ont été chez les uns le signal d'un

accroissement de prostration et de l'apparition des symptômes les plus graves (*obs.* 76, 85, 88, 105). Chez d'autres, au contraire, l'épistaxis a été accompagnée d'un amendement sensible des symptômes, et on a pu la ranger au nombre des phénomènes critiques (*obs.* 70, 99). Dans l'observation 70, l'hémorragie nasale, qui paraissait avoir eu d'abord une influence favorable, devint ensuite une cause d'épuisement par son excessive abondance. Une médication tonique fut prescrite, et l'hémorragie cessa.

Dans l'observation 109, une épistaxis survint la veille de la mort.

Nous avons déjà passé en revue le petit nombre de cas dans lesquels nous avons eu occasion d'observer des hémorragies intestinales.

Phlegmons.

Dans l'observation 110, le phlegmon assez léger dont la cuisse gauche fut le siége ne parut avoir qu'une influence secondaire sur la marche de la maladie et sur sa terminaison funeste. Dans l'observation 101, au contraire, le phlegmon érysipélateux très intense qui s'empara du membre thorachique droit fut le point de départ des symptômes ataxo-adynamiques. Dans l'observation 69, les trois ou quatre petits abcès qui se formèrent vers la fin de la maladie présentèrent tous les caractères des abcès critiques, et parurent contribuer avec les sueurs et la diarrhée à juger la maladie. Enfin, dans l'observation 99, les abcès multipliés qui se manifestèrent semblèrent aussi avoir d'abord un résultat avantageux; mais l'abon-

dante et intarissable suppuration de l'un de ces abcès jeta le malade dans un épuisement mortel.

Exanthèmes.

Des pétéchies, des *vibices*, des *sudamina*, des pustules miliaires, l'éruption pourprée, des boutons varioliformes; tels sont les différents exanthèmes que nous ont présentés nos malades.

Pétéchies. L'éruption pétéchiale s'est montrée chez un grand nombre.

Considérées sous le rapport de leur situation, les pétéchies ont apparu le plus fréquemment sur la partie inférieure moyenne du thorax, et sur la partie supérieure de l'abdomen. Dans quelques cas, elles ont recouvert à la fois la totalité du thorax et de l'abdomen. Deux fois nous les avons vues s'étendre aux membres thorachiques, une fois aux cuisses et une fois au cou. Nous n'en avons jamais observé à la face.

Leur nombre a été très variable. Plusieurs malades n'ont présenté que sept à huit pétéchies au plus, éparses sur le thorax ou sur l'épigastre. Chez d'autres, l'éruption très confluente a couvert en même temps le thorax, l'abdomen, le cou, les bras et les cuisses. La gravité des symptômes concomitants n'a pas toujours été en rapport avec le nombre des pétéchies.

La largeur de ces taches nous a paru varier depuis celle d'une très petite piqûre de puce jusqu'à celle d'une lentille. Généralement arrondies, elles ont présenté quelquefois une forme ovalaire ou oblongue. En passant légèrement le doigt au dessus de ces taches, on reconnaissait qu'elles faisaient un peu saillie au dessus du niveau

de la peau. Cette saillie n'était pas appréciable à la vue.

La couleur des pétéchies a présenté plusieurs nuances. Elles avaient en général une teinte rosée assez vive lorsqu'elles se montraient à une époque où les symptômes adynamiques n'étaient pas encore très prononcés. Mais dans presque tous les cas où il y avait forte prostration, stupeur considérable, les taches pâlissaient, ou bien une couleur livide ou brune remplaçait leur teinte rosée. Quarin avait distingué avec raison trois espèces de pétéchies sous le rapport de leur couleur : les unes rouges, les autres livides, et les troisièmes noirâtres. Ces dernières, disait-il, *sont les plus rares et les plus funestes;* les *livides sont aussi très fâcheuses, et les rouges ne sont pas sans danger.*

Nous n'avons pu rien saisir de constant sous le rapport de l'époque de la maladie à laquelle les pétéchies ont commencé à apparaître. Nous les avons vues le plus souvent se développer au milieu du cours de la fièvre, quelquefois vers la fin, et même pendant la convalescence; très rarement dès le début.

Dès le moment où chaque tache se montre, elle semble avoir acquis ordinairement son plus grand développement. Elle persiste cinq à six jours, puis elle se flétrit et disparaît, sans laisser à l'endroit où elle s'était manifestée aucune trace de son existence. Une seule fois cependant, chez un individu qui avait eu un très grand nombre de pétéchies, nous avons observé après leur disparition une véritable desquamation de l'épiderme (*obs.* 65).

Considérée dans son ensemble, l'éruption pétéchiale reste discrète, ce qui est le cas le plus ordinaire, ou bien elle devient confluente, et présente alors par son aspect

quelque analogie avec une éruption de rougeole. Dans quelques cas nous avons vu les pétéchies paraître et disparaître plusieurs fois dans le cours d'une même maladie.

Cherchons maintenant à apprécier l'importance des pétéchies dans les fièvres.

Quarin a dit : Les pétéchies sont communes dans la fièvre putride, moins fréquentes dans la fièvre maligne, et très rares dans la fièvre inflammatoire. Dehaen répète dans plusieurs de ses ouvrages que la stupeur et la prostration n'accompagnent pas nécessairement le développement des pétéchies. Il a vu ces taches survenir pendant le cours des fièvres les plus légères. Stoll a fait la même remarque ; aussi, sous le rapport du traitement, ces auteurs recommandent-ils d'avoir surtout égard à l'ensemble des autres symptômes.

Nos observations confirment entièrement les assertions précédentes. Nous avons vu des taches pétéchiales se manifester pendant le cours des fièvres les plus bénignes, et celles ci n'en ont point été aggravées.

Ces fièvres légères avec éruption pétéchiale se sont présentées sous une sorte de forme épidémique : elles ont commencé à se montrer vers la fin du mois de mai ; elles ont été très nombreuses pendant les mois de juin et de juillet ; puis elles sont devenues plus rares en août, et ne se sont plus montrées à dater du mois de septembre. Dans tous ces cas, l'éruption a été discrète, et a conservé une teinte rosée.

Mais, ainsi que l'avaient fort bien observé Hofmann, Mead [1] et Quarin, pour peu que les pétéchies soient nombreuses ou d'une mauvaise couleur, elles sont d'un

[1] Quo plures numero comparent, eo gravior subest metus. Maxi-

fâcheux augure, et précèdent ou accompagnent un état adynamique plus ou moins grave. On peut s'en convaincre en lisant les obs. 59, 60, 61, 62, 65, 68, 73, 75, 81, 90, 104. Dans quelques unes de ces observations, nous voyons que c'est peu de temps après qu'une saignée eut été pratiquée, ou à la suite d'abondantes épistaxis, que les taches apparurent avec la stupeur.

Dans un autre cas, au contraire (*obs.* 69), les pétéchies et la stupeur disparurent à la suite d'une application de sangsues à l'anus. Le lendemain l'éruption se manifesta de nouveau, sans être accompagnée de symptômes adynamiques plus graves.

Chez d'autres malades, les pétéchies, après s'être montrées pendant la période la plus grave de la maladie, survécurent en quelque sorte à tous les autres symptômes, et persistèrent encore en petit nombre pendant la convalescence (*obs.* 63, 64).

D'autres fois, nous avons vu les pétéchies se flétrir et disparaître tout à coup au moment où l'adynamie avait acquis sa plus grande intensité (*obs.* 76).

Chez le malade de l'obs. 88, les pétéchies, après s'être multipliées à mesure que la stupeur avait augmenté, s'éteignirent presque entièrement la veille de la mort. Chez le malade de l'obs. 85, leur multiplication, leur teinte de plus en plus brune, marquèrent les progrès de l'adynamie. Elles disparurent tout à coup en même temps que se montrèrent les symptômes nerveux qui précédèrent la mort [1].

mum autem vitæ periculum ostendunt, cum nigræ, vel lividæ evadunt. (MEAD.)

[1] Le fait suivant, qui m'a été raconté par M. Senn, élève interne à

Huxham et Ramazzini ont parlé de pétéchies critiques. Pringle et Sarcone en nient l'existence. Dans un cas seulement, Sarcone vit les pétéchies disparaître en même temps que les autres symptômes de la maladie augmentaient d'intensité, et reparaître à mesure que ces symptômes devenaient plus benins. Pour nous, nous avons vu deux fois (*obs.* 57, 58) l'apparition des pétéchies coïncider avec une diminution notable des symptômes.

A côté des pétéchies se placent naturellement les larges taches livides ou *vibices*, qui ont existé chez le malade de l'*obs.* 91, et qui semblent n'être qu'une variété de l'éruption pétéchiale. Elles ne persistèrent que vingt-quatre heures. C'est ce même malade dont le sang présenta un aspect comme sanieux. Ce rapprochement n'est pas sans intérêt (*voyez* les détails de l'observation et les réflexions qui la suivent).

Nous avons observé une éruption de *sudamina* chez sept individus (*obs.* 10, 54, 66, 71, 79, 80, 107); cette éruption s'est particulièrement montrée sur l'abdomen. En passant légèrement l'extrémité des doigts sur la peau de cette partie, l'on sentait une foule de petites

l'Hôtel-Dieu, semble propre à prouver que les pétéchies doivent être souvent considérées comme un résultat de l'état de débilité générale. Un homme, traité dans les salles de M. Dupuytren, fut pris d'une épistaxis très abondante qu'on ne put parvenir à arrêter. Au bout d'un certain temps ce ne fut plus du sang en nature, mais seulement une sorte de liquide séreux, qui s'écoula par les narines. Le malade était menacé de mourir d'épuisement. Au milieu de cet état anémique, des pétéchies nombreuses apparurent sur le tronc et sur les membres; l'épistaxis s'arrêta, et, à mesure que les forces se relevèrent, les pétéchies se flétrirent. Comme les hémorragies, les pétéchies peuvent donc être distinguées en actives et en passives.

inégalités qui lui donnaient une apparence rugueuse. Ces inégalités étaient formées par une multitude de vésicules miliaires, comme cristallines, à parois parfaitement transparentes, et remplies d'un peu de sérosité limpide. Un contact un peu rude les détruisait. Après avoir persisté pendant un, deux ou trois jours au plus, ces vésicules disparaissaient, et l'on observait à la place qu'elles avaient occupée une desquamation de l'épiderme.

Chez un seul malade (*obs.* 10) les *sudamina* prirent un beaucoup plus grand développement. L'on en voyait plusieurs se réunir, et former de larges vésicules semblables à des ampoules de vésicatoires. On eût dit un pemphigus. Chez ce malade, cette remarquable éruption de *sudamina* se manifesta à la fois sur l'abdomen, le thorax, le cou et les bras, mais surtout au pourtour des aisselles.

Chez cet individu et chez quatre autres, des sueurs copieuses précédèrent ou accompagnèrent l'éruption; mais, comme l'on observe des sueurs aussi abondantes chez beaucoup d'individus qui ne présentent pas de *sudamina*, il est raisonnable de croire que les *sudamina* ne peuvent avoir lieu sans une disposition spéciale de la peau, soit physiologique, soit pathologique. D'ailleurs, chez deux autres malades, aucune sueur remarquable n'eut lieu. Chez le malade de l'observation 66, l'apparition des *sudamina* coïncida avec une amélioration notable des symptômes. Cinq fois cette éruption s'est montrée en été, et les deux autres fois en octobre et en février.

Nous avons observé chez un seul individu une éruption miliaire (*obs.* 66); elle se manifesta vers le vingt-

unième jour, en même temps que des *sudamina* apparurent, et qu'une légère diarrhée s'établit. L'éruption couvrit une partie du thorax et de l'abdomen, persista trois à quatre jours, et parut contribuer à juger la maladie.

Une éruption anomale, assez analogue au pourpre, se montra sur le thorax et sur l'épigastre chez le malade de la onzième observation, quatorze jours environ après que sa santé eut commencé à se déranger. Cette éruption ne persista que vingt-quatre heures, et ne parut exercer aucune influence.

Des boutons varioliformes ont fixé notre attention dans les observations 77, 82, 99. Chez un malade, ces boutons couvrirent l'épigastre au moment où existaient les symptômes ataxo-adynamiques les plus graves; ils n'apportèrent aucun soulagement (*obs.* 82). Chez un autre malade, ils se montrèrent aussi d'abord à l'épigastre, puis ils s'étendirent aux fesses. On les vit paraître en même temps que la nature sembla faire un effort vers la guérison (*obs.* 99). Enfin, chez le troisième, on les observa pendant la convalescence; ils se montrèrent successivement aux fesses, à la figure et aux bras (*obs.* 77).

Nutrition.

Nous venons de passer en revue les désordres divers des grandes fonctions de la vie organique. Comme ces fonctions, la nutrition proprement dite peut être profondément altérée. Nous avons déjà signalé l'amaigrissement extraordinaire qu'éprouvent plusieurs individus; amaigrissement qui n'est en rapport ni avec la longueur

de leur maladie ni avec les pertes qu'ils subissent; nous avons fait ressortir cette sorte d'atrophie aiguë que présentent quelques tissus. Il semble que ce soit aussi à un vice de la nutrition, résultat de la débilité générale, et peut-être de l'altération des liquides, que doivent être rapportées ces gangrènes multipliées, qui sont l'un des phénomènes les plus communs et les plus funestes des fièvres graves. Tantôt ces gangrènes surviennent spontanément; tantôt, et c'est le cas le plus ordinaire, à peine une irritation légère est-elle portée sur un tissu, que ce tissu est frappé de mort. D'autres fois enfin, sous l'influence de la compression la plus légère, la circulation se suspend dans une partie, et la vie s'éteint. Chez des sujets dont plusieurs points du système cutané avaient été frappés de mortification, la nécroscopie nous a découvert l'existence simultanée d'une gangrène intestinale.

L'on a dit que la tendance de la peau à se gangréner dans les fièvres graves, était uniquement le résultat de la concentration des forces sur le canal intestinal. Mais pourquoi, s'il en était ainsi, n'observerait-on pas de pareilles gangrènes dans les autres phlegmasies internes? Certes, une inflammation de la totalité d'un poumon, une vaste péritonite, une double pleurésie, doivent donner lieu à une oppression des forces bien plus considérable qu'une phlegmasie qui n'occupe qu'une très petite portion de la muqueuse intestinale. Cependant, dans ces maladies, la gangrène des vésicatoires, les escarres du sacrum, du grand trochanter, etc., sont des phénomènes aussi rares qu'ils sont communs dans les fièvres adynamiques.

D'un autre côté, l'on ne peut nier que, sous l'influence d'une mauvaise disposition générale de l'économie, les plaies revêtent un aspect particulier et caractéristique. C'est ce qui arrive chez les scrophuleux, chez les scorbutiques. Pourquoi n'en serait-il pas de même dans plusieurs fièvres graves ? Pourquoi, dans ces maladies, la tendance des inflammations à la gangrène ne serait-elle pas liée, soit à l'état général des forces, soit à une altération profonde des phénomènes nutritifs ?

Nous n'avons pas eu occasion d'observer ces sphacèles étendus dont il est fait mention dans plusieurs histoires d'épidémies, tels, par exemple, que la gangrène du nez et des pieds, qu'Hildenbrand a vu survenir chez plusieurs individus atteints de typhus. Une fois seulement, nous avons vu la gangrène s'emparer du prépuce (*obs.* 89).

FONCTIONS DE RELATION.

Facultés intellectuelles.

Notre dessein n'est pas de reproduire ici avec détail les désordres des facultés intellectuelles, toutes ces nuances du délire, aussi variées chez les différents individus que leur esprit, leur caractère, leur mode d'éducation, les habitudes de leur vie, etc. Nous avons vu ce délire se manifester tour à tour par l'engourdissement, l'anéantissement complet de l'intelligence, ou par l'exaltation la plus vive, par l'extrême mobilité des idées ou la con-

centration dans une seule pensée, par la brusquerie des réponses ou leur extrême lenteur, par une singulière loquacité ou la taciturnité la plus opiniâtre, par la plus extravagante gaieté ou la plus accablante tristesse. Nous avons observé, tour à tour, l'air distrait, préoccupé, soucieux, indifférent, le découragement le plus profond, la conviction d'une mort prochaine et inévitable, un état extatique des plus remarquables, accompagné ou non de la manifestation d'idées religieuses. La physionomie de plusieurs malades nous a offert l'expression des passions les plus fortes, de l'effroi, du dédain, de la colère, du désespoir, etc.

Ce qui nous a souvent frappés, c'est qu'au milieu de ces désordres variés de l'intelligence, lorsque le malade ne reconnaissait ni le lieu où il était ni les personnes qui l'entouraient, lorsqu'il tenait les propos les plus incohérents, il faisait des réponses justes, quelquefois même remarquables par leur grande précision. Souvent il fallait d'abord fixer fortement l'attention du malade, et ne point se lasser de réitérer la question pour obtenir une réponse. D'autres fois, il semblait que le malade n'avait compris ce qu'on lui avait demandé qu'au bout d'un certain temps, d'une à deux minutes par exemple; il répondait alors avec effort, comme s'il se fût livré à un travail intellectuel très pénible. Chez un individu qui avait eu longtemps un violent délire, et qui marchait lentement vers la convalescence, nous observâmes pendant plusieurs jours un défaut presque complet de mémoire; cet homme ne vivait plus en quelque sorte que dans le moment présent (*obs.* 77).

Chez la plupart des malades, le délire ne fut de prime

abord ni continu ni intense. Il se manifestait à des intervalles plus ou moins éloignés, le plus souvent le soir ou la nuit. Chez quelques uns le trouble périodique de l'intelligence semblait être comme le résultat d'une sorte d'habitude, qu'il suffisait de rompre pour empêcher le retour du délire.

Jetons maintenant un rapide coup d'œil sur le dérangement que subirent les autres fonctions de la vie de relation.

Sens spéciaux.

Une surdité plus ou moins complète a été observée chez cinq malades (*obs.* 70, 87, 89, 90, 92). Tantôt elle ne s'est montrée qu'à une période déjà très avancée de la maladie; tantôt elle a précédé les symptômes ataxo-dynamiques, et en a fait présager le développement. Une fois, elle a tout à coup disparu au moment où ces symptômes avaient atteint leur *maximum* d'intensité (*obs.* 89).

L'œil a été tour à tour terne ou brillant, fixe ou roulant avec force dans les orbites, à moitié caché par la paupière supérieure ou largement ouvert, tourné vers le ciel ou abaissé vers la terre, quelquefois fortement dévié de son axe en dedans ou en dehors. Miroir fidèle de l'état du système nerveux, nous l'avons vu exprimer avec une merveilleuse rapidité toutes les modifications de l'intelligence, toutes les affections de l'âme.

Nous n'avons eu occasion de remarquer aucune altération manifeste des sens du goût et de l'odorat.

Sensibilité générale.

Elle nous a présenté les plus bizarres anomalies. Nous

rappellerons surtout cet endolorissement général qu'ont accusé quelques malades, ces douleurs atroces dont plusieurs se plaignaient dans toute l'étendue de la périphérie du corps; alors le contact le plus léger leur arrachait des cris. Fixées spécialement sur l'abdomen, ces douleurs auraient pu faire croire à une péritonite. Je doute que quelque analogie puisse être établie entre ce mode de lésion de la sensibilité et une inflammation, ou même une irritation, à moins que l'on en fasse une irritation *suî generis*, et ce ne serait pas là éclairer la question.

Motilité.

Chez plusieurs individus, nous l'avons vue singulièrement exaltée ou du moins pervertie. De là une foule de mouvements convulsifs, partiels ou généraux; de là les mouvements bizarres des muscles des yeux, de la face, des lèvres, des membres; le serrement tétanique des mâchoires, les contorsions les plus extraordinaires du cou et du tronc, les soubresauts des tendons, l'excès de contraction des muscles fléchisseurs des doigts, etc. Quelquefois nous avons vu des malades, parvenus au dernier degré de la prostration, acquérir tout à coup au milieu de leur délire une force extraordinaire, se lever, fuir de leur lit, lorsque quelques instants auparavant ils semblaient incapables de se soutenir sur leur séant.

Le malade de l'observation 113 a présenté une sorte d'état cataleptique.

Chez d'autres individus, le système locomoteur s'est

montré au contraire plus ou moins profondément affaibli.

Le premier degré de cet affaiblissement était une sorte de paresse dans les mouvements, qui portait le malade à ne changer de position qu'avec une répugnance extrême.

Dans un second degré, en même temps que l'intelligence devenait obtuse, qu'un air de stupeur se répandait sur la physionomie, que la face revêtait une teinte plombée, etc., les contractions musculaires se montraient de plus en plus faibles, incertaines, comme vacillantes; la langue était comme tremblante, et ses mouvements semblaient se soustraire à la volonté.

A un degré plus avancé encore, les malades, couchés sur le dos dans un état complet d'immobilité, les bras étendus le long du tronc, l'œil éteint, la face livide, l'intelligence anéantie, la peau froide, le pouls filiforme, ne paraissaient tenir encore à la vie que par quelques mouvements inspiratoires qui se répétaient à de longs intervalles.

Dans un pareil degré d'adynamie, la débilité du système musculaire ne semble plus être qu'un phénomène secondaire, indice de la débilité générale de l'économie. Cet état se trouve très bien caractérisé dans l'observation suivante extraite de Sarcone.

Un soldat atteint de la maladie épidémique paraissait insensible à tous les stimulus; il restait sans mouvement comme un morceau de bois. Il était constamment couché sur le dos, presque toujours il dormait; ses yeux étaient pulvérulents, tachés de sang et à demi fermés. La bouche restait ouverte. Si on le secouait, il se ré-

veillait à peine ; il tournait lentement le regard, et fixait d'une manière étonnée pour reconnaître ; il avait de la peine à avaler ; son pouls ne donnait que quarante pulsations par minute ; sa respiration était très lente ; il ne rendait que rarement des urines, et sans s'en apercevoir. Les purgatifs les plus actifs produisaient à peine quelques selles rares ; le ventre se météorisa ; la peau se couvrit de pétéchies.... L'état du malade ne commença à s'améliorer que lorsqu'il survint de petites convulsions générales, accompagnées d'un pouls accéléré, d'une respiration fréquente avec du délire par intervalles. Le 21e jour, il rendit des selles copieuses et putrides, et il eut des sueurs d'une odeur aigre et fétide. Il entra dès lors en convalescence. Cet individu ne conserva aucun souvenir de ce qui lui était arrivé durant sa maladie.

Nous ne nous étendrons point ici sur quelques circonstances importantes de cette observation ; le mode de terminaison de la maladie est surtout remarquable.

Ces différents degrés de l'adynamie doivent être souvent considérés, ainsi que l'a si bien fait ressortir M. Broussais, comme le résultat d'une inflammation interne et spécialement d'une phlegmasie gastro-intestinale. Mais tantôt l'état adynamique coexiste avec celle-ci, il est le résultat d'une simple oppression des forces, et c'est en combattant l'inflammation qu'on fait disparaître l'adynamie ; tantôt la prostration se manifeste lorsque déjà tous les symptômes de l'irritation gastro-intestinale ont disparu. L'on n'observe plus qu'un épuisement général ; dans ce cas l'inflammation a été la cause première de l'adynamie ; mais celle-ci persiste après elle, et la principale indication est alors de relever les forces.

D'autres fois enfin, l'on ne peut se refuser à admettre une adynamie primitive. Soit en raison de leur constitution, soit en raison des causes débilitantes auxquelles ils ont été soumis, on voit des individus tomber rapidement dans le dernier degré de l'adynamie, dès qu'ils sont atteints de la phlegmasie la plus légère. Les diverses inflammations qui se développent chez ces individus ne paraissent plus être que des phénomènes secondaires; la cause de tous les symptômes ne saurait être placée dans ces inflammations; uniquement dirigé contre elles, le traitement serait insuffisant ou funeste.

Nos observations nous ont aussi démontré que les troubles variés du système nerveux dans les fièvres peuvent se ranger en deux grandes classes sous le rapport de leur cause.

Les symptômes nerveux peuvent reconnaître pour cause une excitation primitive ou sympathique de l'encéphale. On doit redouter alors l'emploi des médicaments dits antispasmodiques, et le traitement antiphlogistique est le seul convenable.

Ces symptômes nerveux, avec signes d'une forte excitation générale, peuvent d'ailleurs exister au plus haut degré, sans que l'on trouve ni dans le système nerveux ni ailleurs aucune lésion qui puisse les expliquer (*voyez* surtout l'*observation* 114). Il en est ainsi, avons-nous déjà dit, dans le tétanos, dans plusieurs espèces de chorées et d'épilepsies, dans l'hystérie, etc.

D'autres fois, les fonctions du système nerveux se troublent et se pervertissent, lorsque tous les organes semblent frappés d'une débilité profonde. Alors l'autopsie cadavérique montre une pâleur remarquable du cer-

veau, de la moelle et de leurs enveloppes; on ne découvre dans les autres organes aucune lésion qui puisse être regardée comme la cause des phénomènes observés. Ici les antiphlogistiques, les émissions sanguines sont nuisibles; l'on retire au contraire un grand avantage de l'administration des toniques, des stimulants diffusibles, tels que le camphre, les teintures de plantes aromatiques, les antispasmodiques proprement dits. C'est surtout dans les cas de ce genre que les bains froids paraissent avoir une grande efficacité.

Ces symptômes nerveux, liés à un état de faiblesse, peuvent être comparés aux symptômes que l'on observe pendant ou après les grandes hémorragies. On voit également survenir ces mêmes symptômes à la suite des abstinences prolongées. Déjà noté par Hippocrate, ce dernier fait a été surtout bien constaté par Sarcone : il a vu un violent délire se déclarer chez plusieurs malades soumis pendant leur convalescence à une diète rigoureuse. Ce délire ne cédait qu'à un régime restaurant. C'est encore ce même genre de délire qui se montre souvent dans le dernier terme des maladies chroniques.

En passant en revue les désordres du système nerveux, n'oublions pas de rappeler la puissante influence exercée par ce système sur les diverses fonctions de la vie organique. On a beaucoup insisté dans ces derniers temps, et avec raison, sur les inflammations gastro-intestinales, regardées comme causes d'accidents nerveux. Mais il semble que l'on a un peu négligé de faire ressortir cette autre vérité, non moins féconde en indications thérapeutiques, savoir, que le cerveau, primitivement lésé, peut modifier à l'infini les fonctions digestives, accélérer ou

ralentir la circulation, troubler la respiration, altérer les sécrétions, etc. Nous renvoyons aux observations particulières pour les détails de ces faits importants. Rappelons seulement ici les symptômes d'hydrophobie qui nous furent présentés par l'individu qui fait le sujet de la 114e observation. Dans l'épidémie de Naples, Sarcone a vu aussi l'hydrophobie exister d'une manière très prononcée chez un certain nombre de malades. Chez quelques uns même, au rapport de Sarcone, l'envie de mordre se joignit à l'horreur des liquides [1].

Enfin, c'est encore à une altération du système nerveux, inappréciable à la vérité, que nous avons rapporté ces morts subites, imprévues, qui frappèrent plusieurs malades, les uns pendant leur convalescence, et les autres au milieu d'une affection peu grave (*voyez* surtout les *observations* 108, 109, 110). Ainsi meurent, avonsnous dit, les individus frappés de la foudre, ou empoisonnés par l'acide prussique. Ces morts subites ont fixé l'attention des observateurs dans plusieurs épidémies de fièvres graves. Il y *a eu des pestes*, dit Huxham, *où quelques personnes sont tombées mortes en un clin d'œil, sans aucune fièvre, ou autre indisposition précédente* (Essai sur les fièvres).

[1] Ce fait est d'autant plus extraordinaire que, même chez les individus devenus hydrophobes à la suite de la morsure de chiens enragés, l'envie de mordre n'a jamais été bien constatée.

§ III. Traitement.

De tout ce qui a été dit jusqu'à présent dans ce résumé il résulte que les expressions générales de fièvres adynamique, ataxique, typhoïde, pétéchiale, etc., doivent être considérées comme des expressions complexes. Elles désignent une foule d'états différents, que l'on n'apprend à connaître, à distinguer et à traiter que par une longue et attentive observation. Combien deviendraient faciles et l'étude et la pratique de la médecine, si, comme le prétendent tous les systématiques, on pouvait, par l'application d'un même principe, résoudre les problèmes infiniment variés que présentent ces maladies! Hippocrate a dit avec raison : *Ars medica non semper idem facit* (de locis in homine, cap. 15). Fidèle à ce précepte, M. Lerminier a employé tour à tour divers modes de traitement.

Des saignées locales et générales ont été pratiquées avec succès chez plusieurs malades, bien qu'ils fussent plongés dans un degré déjà avancé de l'adynamie. Mais ces malades étaient d'une constitution forte; ils n'avaient été soumis à aucune cause débilitante, soit physique, soit morale; et le succès des émissions sanguines prouvait que, chez eux, il n'y avait qu'une fausse prostration, liée à une inflammation interne, et spécialement à une phlegmasie gastrique ou intestinale.

D'autres malades, présentant aussi à leur entrée un mélange d'excitation et de symptômes adynamiques, furent saignés comme les précédents. L'émission sanguine semblait d'abord être avantageuse, les symptômes

inflammatoires disparaissaient; mais bientôt la stupeur, la prostration, augmentaient. Continuait-on alors l'emploi des antiphlogistiques, l'adynamie faisait des progrès. Donnait-on les toniques, les forces se relevaient, la langue sèche et noire revenait à son état normal, etc.

Chez plusieurs individus, c'est immédiatement après qu'une saignée eut été pratiquée que des symptômes ataxo-adynamiques se déclarèrent. Dans ce cas encore, les toniques furent souvent efficaces.

Les symptômes qui, par leur réunion, semblèrent surtout réclamer une médication tonique, furent le refroidissement général de la peau, l'extrême faiblesse du pouls, la teinte plombée de la face, l'immobilité des traits, les fuliginosités de la langue, des lèvres et des dents.

Dans ce même ensemble de circonstances, les vésicatoires appliqués aux extrémités inférieures, les sinapismes promenés sur les diverses parties du corps, les frictions stimulantes et aromatiques, secondèrent l'emploi intérieur des toniques.

Nous reconnaissons d'ailleurs, avec M. Broussais, que les vésicatoires, appliqués lorsqu'il existe encore des signes de réaction générale, peuvent être très nuisibles. Le moment de leur application, comme celui de l'administration des toniques, est souvent bien difficile à saisir.

Quant aux symptômes nerveux, nous avons déjà vu qu'ils furent combattus tantôt par les antiphlogistiques, et tantôt par les toniques et les stimulants diffusibles, selon que ces symptômes parurent dépendre d'un état inflammatoire, ou de la débilité générale.

Le quinquina fut encore employé avec succès comme antipériodique chez plusieurs individus dont la fièvre présentait une forme rémittente bien marquée. Une fois entre autres, ce médicament sauva les jours du malade, en prévenant le retour d'un troisième accès de fièvre rémittente pernicieuse (*obs.* 77). S'il n'y avait eu ici à combattre qu'une gastro-entérite, comment le quinquina ne l'aurait-il pas exaspérée ?

Cependant il est hors de doute que, dans la très grande majorité des cas, l'estomac et les intestins sont le siége d'altérations plus ou moins intenses ; il est aussi hors de doute que les chances de succès de la médication tonique sont d'autant plus fortes qu'il y a moins de signes de gastrite ou d'entérite. Il est possible toutefois que les toniques eux-mêmes, loin d'être contre-indiqués, deviennent utiles dans quelques nuances de phlegmasie intestinale. C'est ainsi que dans la variété d'angine, qui a été si bien décrite par M. Guersent sous le nom d'*angine couenneuse*, ce savant praticien recommande de porter sur les amygdales des topiques stimulants, tels que l'acide hydrochlorique, le quinquina. L'angine couenneuse, dit M. Guersent, diffère beaucoup des angines inflammatoires ordinaires ; *elle a réellement un caractère spécifique.* Nous croyons aussi que dans les fièvres les diverses altérations des intestins sont loin d'être identiques. Il semble y avoir entre plusieurs de ces altérations une aussi grande différence qu'entre un érysipèle franchement inflammatoire et des taches scorbutiques, entre un phlegmon ordinaire et un anthrax, entre une plaie simple et une plaie frappée de gangrène ou compliquée de pourriture d'hôpital. Désigner sous le terme générique

de gastro-entérite les diverses lésions intestinales, ne serait-ce pas confondre des objets fort différents, ne serait-ce pas comme si l'on proposait d'appeler du nom commun d'érysipèle, la variole, la rougeole, la scarlatine, les dartres, le pemphigus, l'urticaire, l'éruption miliaire, pétéchiale, etc.? Vainement dira-t-on que les dartres ne sont qu'un mode particulier d'inflammation de la peau; il ne faudra pas moins traiter cet exanthème par des moyens qui exaspéreraient infailliblement un érysipèle. La science ne consiste pas moins à marquer les différences qu'à saisir les analogies.

Du reste, les observations de toutes les époques ont signalé l'irritation des voies digestives comme une complication très fréquente des fièvres graves. Hippocrate, dans la première section du livre *de affectionibus*, en parlant de la fièvre ardente, recommande *d'avoir un soin particulier du ventre.* Dans la plupart des histoires de fièvres continues, consignées dans le livre des épidémies, il a noté avec soin tous les symptômes d'irritation gastrique et intestinale. Dans des temps plus modernes, Bartholin, Forestus, Diemerbroeck, Hofmann, ont surtout fait ressortir l'inflammation des intestins dans les fièvres graves. Aussi la plupart des médecins des siècles précédents recommandaient-ils de n'avoir recours qu'à une méthode purement adoucissante dans les premiers temps de la maladie. Cependant ils ne perdaient jamais de vue l'état général des forces; et, dès que la prostration était un peu considérable, ils employaient les toniques. A cette méthode souvent infructueuse, plusieurs praticiens substituèrent une méthode purement antiphlogistique. L'examen comparatif des résultats obtenus par ces diverses

méthodes avait porté De Haen à conclure que, dans un certain degré de la maladie, elles sont toutes insuffisantes. *Omnibus ritè perpensis, est certus quisquam, isque frequens, malignitatis gradus, in quo hæ variæ methodi deficiunt.*

M. Broussais a rendu sans doute un éminent service à la science et à l'humanité en signalant le danger, l'abus des toniques dans beaucoup de circonstances; mais il eût été digne de son génie de signaler aussi le danger non moins grand des émissions sanguines intempestivement pratiquées.[1]

[1] J'ai remarqué, disait Pringle, que le délire et autres symptômes fâcheux de la fièvre d'hôpital provenaient de deux fautes tout-à-fait contraires, des saignées copieuses et réitérées d'une part, du vin et des cordiaux donnés de trop bonne heure d'autre part. Il suit de là, continue-t-il, que les principes, par rapport au traitement, sont très délicats. Ainsi, ni le régime chaud, ni le rafraîchissant, ne conviennent pas à tous les malades, ni dans les différentes périodes de la maladie. (*Observ. sur les maladies des armées.*)

FIÈVRES INTERMITTENTES.

Cinquante-six fièvres intermittentes ont été traitées dans les salles de M. Lerminier pendant le cours de l'année 1822. Vingt-huit ont offert le type quotidien, ou double-tierce; dix-neuf, le type tierce; sept, le type quarte; deux ont été erratiques. Relativement aux saisons, elles ont existé dans la proportion suivante :

1er Trimestre.	Janvier. . . Février . . . Mars	9 dont	3 quotidiennes, ou double-tierces. 5 tierces. 1 quarte.
2e Trimestre.	Avril . . . . Mai. . . . . Juin.	10 dont	1 quotidienne, ou double-tierce. 5 tierces. 3 quartes. 1 erratique.
3e Trimestre.	Juillet. . . . Août . . . . Septembre. .	17 dont	10 quotidiennes, ou double-tierces. 6 tierces. 1 quarte.
4e Trimestre.	Octobre. . . Novembre. . Décembre. .	20 dont	14 quotidiennes, ou double-tierces. 3 tierces. 2 quartes. 1 erratique.

ÂGE DES MALADES.		FIÈVRES.
15 ans.	4	3 quotidiennes, ou double-tierces. 1 quarte.
16 à 20 ans.	5	4 quotidiennes, ou double-tierces. 1 tierce.
20 à 25 ans.	19	10 quotidiennes, ou double-tierces. 5 tierces. 2 quartes. 2 erratiques.
25 à 50 ans.	14	6 quotidiennes, ou double-tierces. 6 tierces 2 quartes.

AGE DES MALADES.		FIÈVRES.
30 à 35 ans.	6	3 quotidiennes, ou double-tierces. 2 tierces. 1 quarte.
35 à 40 ans.	1	tierce.
40 à 45 ans.	0	
45 à 50 ans.	3	2 tierces. 1 quarte.
50 à 55 ans.	1	tierce.
55 à 60 ans.	1	quotidienne.
61 ans.	1	quotidienne.
68 ans.	1	tierce.

Si nous comparons à ce dernier tableau le tableau que nous avons tracé en parlant des fièvres continues, nous verrons que les fièvres intermittentes, comme les continues, ont surtout frappé les individus âgés de vingt à vingt-cinq ans; au contraire, nous avons observé peu de fièvres intermittentes depuis l'âge de seize à vingt ans, et une plus grande quantité depuis l'âge de vingt-cinq à trente ans. C'est le résultat inverse de celui que nous ont offert les fièvres continues.

Causes.

Parmi les malades atteints de fièvres intermittentes, le plus petit nombre avait été exposé à l'influence des miasmes marécageux. Chez les uns, la fièvre se déclara dans l'endroit même où s'exhalaient les miasmes et où régnaient des fièvres intermittentes épidémiques ou endémiques. Chez d'autres, le premier accès fébrile ne survint que lorsqu'ils étaient déjà loin du foyer d'infection, ce qui semble prouver que le miasme marécageux, comme plusieurs autres virus ne manifeste pas toujours sa pré

sence au moment même où il est mis en contact avec les tissus vivants.

Nous avons vu, par exemple, un homme qui, après avoir impunément habité pendant deux mois Brie-Comte-Robert, où régnaient beaucoup de fièvres, fut pris d'un premier accès fébrile le jour même de son arrivée à Paris. Un autre n'avait qu'un peu de céphalalgie lorsqu'il partit de Rochefort, où sévissait une épidémie de fièvres intermittentes. A peine arrivé à Paris, il ressent un premier accès.

Chez un autre individu le seul passage dans un lieu marécageux renouvela une fièvre intermittente guérie depuis deux mois. Cette dernière avait été contractée aussi dans un endroit plein de marécages.

Quelques malades étaient des jardiniers qui travaillaient et couchaient habituellement dans les marais des environs de Paris.

Enfin, chez la plus grande partie des malades, la fièvre intermittente fut contractée au sein même de Paris, qu'ils habitaient soit depuis quelques mois seulement, soit depuis plus d'un an.

Deux de ces malades habitaient les bords de la petite rivière de Bièvre.

Plusieurs couchaient et travaillaient dans des endroits bas, humides, mal éclairés.

Un individu fut atteint de fièvre intermittente après avoir demeuré quelque temps dans une maison récemment bâtie.

Chez d'autres, la misère, des fatigues excessives, une mauvaise nourriture, l'impression d'un air froid et humide sur la peau couverte de sueur, précédèrent l'inva-

sion de la fièvre, et purent être regardées comme des causes au moins prédisposantes.

Enfin, dans un assez grand nombre de cas, nous ne pûmes rapporter à aucune cause connue, à aucune infraction des règles de l'hygiène, le développement de la fièvre.

Nous n'avons pu saisir aucun rapport constant entre le type et la nature de la cause.

Les fièvres intermittentes, et les fièvres continues avec ou sans rémittence, peuvent donc naître sous les mêmes influences. Il semble seulement que les émanations des eaux stagnantes donnent lieu surtout au phénomène de l'intermittence, tandis que les émanations qui résultent de l'assemblage d'un grand nombre d'individus sains ou malades dans un lieu étroit ou mal aéré produisent plus spécialement des fièvres continues.

Prodrome et mode d'invasion.

Différentes des fièvres continues, les intermittentes ne nous ont le plus souvent offert qu'un prodrome léger ou même nul. Quelquefois, cependant, une forte céphalalgie a précédé de quelques jours l'apparition du premier accès fébrile. Chez un malade, d'opiniâtres vomissements, sans rougeur de la langue, sans fièvre, sans douleur abdominale, se manifestèrent pendant près de soixante heures avant l'invasion de la fièvre. Ces vomissements cessèrent comme par enchantement, dès que le frisson commença à se faire sentir. Un commissionnaire qui s'était beaucoup fatigué dans un déménage-

ment éprouva pendant près d'un mois tous les symptômes d'une forte courbature : céphalalgie sus-orbitaire, malaise général, brisement des membres; bouche mauvaise, anorexie. Il fut pris, au bout de ce temps, d'une fièvre intermittente quotidienne; mais, chose remarquable, à mesure que les accès se multipliaient, il sentait son appétit revenir, le malaise général disparaître, etc.

Les médecins qui, d'après Boerhaave, regardèrent souvent les fièvres intermittentes comme un mouvement salutaire suscité par la nature, auraient trouvé, dans les deux cas précédents, des faits favorables à leur opinion.

Chez deux malades, nous avons vu une fièvre intermittente survenir pendant la convalescence d'une fièvre continue. L'un de ces malades était une bonne d'enfants, âgée de seize ans. Lorsqu'elle entra à la Charité, elle était atteinte d'une fièvre continue légère, qui céda à quelques jours de diète et de repos. Convalescente depuis peu de temps, elle ne reprenait pas ses forces; sa face était d'une grande pâleur; elle ressentait, par intervalles, des frissons passagers, suivis de chaleur, et jamais de sueur. Tantôt ces espèces d'accès ne se manifestaient que tous les quatre ou cinq jours; tantôt ils revenaient plusieurs fois dans le même jour. La malade resta dans cet état pendant trois semaines. Au bout de ce temps, elle eut six accès réguliers de fièvre tierce; le retour du septième fut empêché par l'administration du quinquina. La malade ne tarda pas à sortir très bien portante.

L'autre malade, convalescent d'une fièvre inflammatoire, se disposait à quitter l'hôpital, lorsque, sans cause connue, il fut pris d'une fièvre tierce bien caractérisée. Elle fut coupée par le quinquina, après le sixième accès.

Un troisième malade était également atteint d'une fièvre continue lorsqu'il entra à la Charité. Au bout de dix jours environ, le pouls n'étant plus que médiocrement fréquent, un violent frisson, suivi de chaleur et de sueur, eut lieu dans l'après-midi. Trois accès semblables reparurent les jours suivants sous le type tierce. Dans l'intervalle des accès, l'apyrexie était complète. Cette fièvre intermittente cessa spontanément au bout du quatrième accès.

L'on a dit que les fièvres quotidiennes se montraient le matin, les tierces à midi, et les quartes après midi.

Voici à cet égard le résultat de nos observations.

Sur vingt-cinq fièvres quotidiennes, l'accès a commencé, dans onze cas, de quatre heures du matin à onze heures; dans huit cas, de onze heures du matin à deux heures, et dans six cas, la fièvre ne s'est montrée que le soir.

Sur dix-neuf fièvres tierces, l'accès est survenu, dans douze cas, avant dix heures du matin; dans quatre cas, à midi; dans un cas, vers deux heures de l'après-midi, et dans deux cas enfin l'accès n'a eu lieu que le soir.

Sur sept fièvres quartes, une seule s'est montrée le matin, et les autres dans l'après-midi. Chez deux individus dont la fièvre, quotidienne d'abord, se transforma en quarte, l'accès se montra le matin, tant que la fièvre resta quotidienne; il ne se manifesta plus que dans l'après-midi, dès que la fièvre eut pris le type quarte.

Il résulte de ces faits que l'époque du retour des accès de fièvre quotidienne et de fièvre tierce semble être renfermée dans des limites moins fixes qu'on ne l'a dit, et

que l'époque du retour des accès de fièvre quarte paraît être assujettie à une règle plus constante.

Symptômes.

Il nous semble inutile de retracer ici les symptômes très bien connus qui apparaissent pendant les trois stades de chaque accès. Nous nous contenterons de noter les phénomènes insolites.

Chez quelques individus, le frisson fut très léger, partiel; quelquefois même les malades ne ressentirent aucune espèce de froid, et ils ne furent avertis de l'invasion de l'accès que par un malaise général. Nous avons souvent constaté, pendant le frisson, une élévation notable dans la température de la peau. Ce fait tend à prouver que le frisson des fièvres intermittentes ne dépend pas constamment de ce que le sang abandonne la peau pour se porter vers les organes intérieurs. Le frisson semble être, dans beaucoup de cas, un phénomène purement nerveux.

Si le frisson était uniquement causé par des irritations internes, son intensité devrait être en rapport constant avec l'intensité de celles-ci; et dans les inflammations suraiguës des poumons, de la plèvre, du péritoine, des diverses membranes muqueuses, etc., l'on devrait observer un frisson incomparablement plus intense que dans les fièvres intermittentes. Si les fièvres intermittentes, comme les fièvres continues, ne sont que des gastro-entérites, le frisson devrait également être bien plus marqué dans les fièvres continues graves, où l'inflammation gastro-intestinale est plus prononcée.

Nous n'avons pas trouvé un rapport constant entre l'abondance des sueurs, et l'intensité du froid ou de la chaleur. Plusieurs individus ont présenté à peine une légère moiteur. D'autres n'ont jamais eu qu'une sueur partielle. Souvent elle n'a existé qu'à la tête. Un jeune homme, qui, dans son enfance, avait été long-temps hémiplégique du côté gauche, entra à l'hôpital, atteint d'une fièvre tierce. Il ne suait que de la moitié du corps qui n'avait point été frappée de paralysie. Il nous assura que, dans son état de santé, il ne suait jamais que d'un bras, d'une jambe, et d'un côté de la face et du cou. Ce fait peut-il servir à prouver l'influence du système nerveux sur la transpiration cutanée?

Chez un autre malade, également atteint de fièvre tierce, la sueur fut constamment bornée aux deux jambes; elle était extrêmement abondante. Immédiatement au-dessous des genoux, la peau reprenait brusquement sa sécheresse.

Dans un cas de fièvre double tierce, nous avons vu la sueur, très copieuse dans l'un des accès, manquer complétement dans l'autre.

Enfin, quelques malades nous ont présenté une absence totale de sueur. Chez l'un d'eux, la fièvre a été compliquée d'un ensemble de symptômes nerveux. Nous croyons devoir rapporter les détails de cette observation.

Une fille de dix-neuf ans, domestique, d'une forte constitution, d'un tempéramment éminemment sanguin, passa les mois d'août et de septembre dans un village du département de l'Indre où régnaient beaucoup de fièvres. Pendant son séjour dans ce pays, ses règles se supprimèrent. Elle éprouvait habituellement

des étourdissements, de la gêne dans la respiration, la sensation d'une boule qui de l'épigastre montait à la gorge. Revenue à Paris au commencement d'octobre, cette fille fut prise, le lendemain de son arrivée, à deux heures après midi, d'un violent frisson. En même temps, forte céphalalgie, endolorissement général, grande oppression. A quatre heures cessation du frisson, chaleur brûlante; persistance des autres symptômes. La chaleur ne fut pas même suivie d'une moiteur légère. Mais toute la nuit la malade, menacée de suffocation, fut obligée de rester assise dans son lit. De temps en temps ses membres étaient agités de mouvements convulsifs. Ces symptômes se dissipèrent dans la journée. Ils reparurent deux jours après et à la même heure. Huit accès pareils se montrèrent ainsi sous le type quarte. La veille du neuvième accès, la malade entra à la Charité. Une large saignée du bras fut faite le lendemain matin. L'accès survint comme à l'ordinaire. Les jours suivants, lavements d'assa-fœtida, potions antispasmodiques. Les trois accès suivants se manifestèrent avec la même série d'accidents et avec une égale intensité. Quatre heures avant le treizième accès, la malade prit, dans une décoction de pruneaux, quatre grains de sulfate de quinine. L'accès ne reparut plus. Le sulfate de quinine fut continué pendant quelques jours, à la dose de deux grains seulement.

L'oppression, les mouvements convulsifs qui coexistaient chez cette malade avec l'absence complète de sueur sembleraient confirmer, dans ce cas particulier, l'assertion de M. Broussais. Selon lui, la sueur qui termine chaque accès doit être considérée comme l'heureux résultat du déplacement de l'irritation qui, de l'intérieur,

se porte à la périphérie. C'est surtout lorsque ce déplacement n'a pas lieu, ou n'a lieu qu'incomplétement, que les plus graves accidents se manifestent. Nous avons vu cependant chez d'autres individus la sueur manquer également, sans qu'il se manifestât pendant ou après l'accès aucun symptôme grave. Nous possédons quatre observations de ce genre. Dans l'un de ces cas, le malade éprouvait pendant près de deux heures un frisson très violent; ce frisson n'était suivi que d'une chaleur légère et de peu de durée; la peau ne s'humectait pas.

Nous avons vu un individu chez lequel chaque accès était accompagné d'une douleur atroce à l'épigastre, avec un fort battement au-dessus de l'appendice xiphoïde. Ce battement était sensible à l'œil et à la main; il disparaissait dans l'intervalle des accès. Était-il lié à un trouble momentané dans la circulation de l'oreillette droite? L'accès, ainsi que les symptômes insolites qui l'accompagnaient, cédèrent au quinquina. La fièvre avait présenté le type tierce.

Dans ces cas encore, la cause des accidents semblait résider dans le système nerveux. L'épigastre, à la vérité, était le siége d'une douleur déchirante; mais ce symptôme isolé n'est pas suffisant pour caractériser une gastrite.

Toutes les fois que nous avons observé l'urine rendue pendant les différents stades, nous l'avons trouvée telle qu'elle a été indiquée par les auteurs, savoir, limpide, aqueuse pendant le frisson, déposant un sédiment rouge briqueté pendant la sueur. Notons ce dernier caractère, et remarquons que l'urine ne le présente pas dans d'autres maladies où les sueurs sont aussi très abondantes.

Nous l'avons également observé chez des individus qui ne suaient pas.

Portons maintenant notre attention sur quelques autres phénomènes des fièvres intermittentes.

C'est un fait généralement connu, que, pour peu que les fièvres intermittentes aient duré un certain temps, la rate augmente de volume, dépasse le rebord cartilagineux des côtes, et peut être sentie plus ou moins bas dans l'hypocondre gauche. Mais, lors même qu'on ne sent point la rate dans l'hypocondre, la percussion fait ordinairement reconnaître un son mat au niveau des dernières côtes gauches. Ce son mat, d'autant plus remarquable que cette partie du thorax est habituellement très sonore, est dû à l'engorgement de la rate, qui, devenue plus volumineuse, éloigne l'estomac des côtes. Souvent, peu de temps après avoir reconnu cette matité, nous avons commencé à sentir la rate au-dessous du rebord cartilagineux des côtes. Après la guérison de la fièvre, la rate cessait d'abord de remplir l'hypocondre, puis la sonoréité reparaissait à la partie latérale inférieure gauche du thorax. La seule matité du son au niveau des dernières côtes gauches a été souvent pour nous l'indice d'anciennes fièvres intermittentes. Du reste, nous avons observé que la rate peut rester volumineuse à la suite des fièvres intermittentes, remonter très haut du côté de la poitrine, ou descendre jusqu'au niveau de l'ombilic, sans que cette sorte d'hypertrophie paraisse exercer sur la santé aucune influence fâcheuse.

L'engorgement de la rate, survenu pendant une fièvre intermittente, et persistant après celle-ci, semble avoir quelquefois disparu à la suite d'une nouvelle fièvre. Grant

cite le cas d'un homme dont la rate, très développée, se sentait dans l'hypocondre gauche. Cet individu avait eu, un an auparavant, une fièvre intermittente. Il fut pris de nouveau d'une fièvre quarte. Au bout d'un certain nombre d'accès, la tumeur diminua. La fièvre dura pendant près de trois mois; elle *cessa enfin, sans le secours d'aucun fébrifuge, après la disparition complète de la tumeur.*

Quelle est la nature de l'altération que la rate éprouve dans les fièvres intermittentes? Cette altération est-elle la cause ou l'effet de la fièvre? Des recherches ultérieures sont nécessaires pour éclairer ces différents points.

Chez un petit nombre d'individus, le tissu cellulaire sous-cutané s'est infiltré de sérosité à la fin de la fièvre ou pendant la convalescence. Rien n'annonçait d'ailleurs une lésion organique du cœur ou des gros vaisseaux; rien n'annonçait non plus que la rate ou le foie fussent plus altérés que chez les malades qui n'étaient point infiltrés. Ici se présente une remarque importante: lorsque l'hydropisie est le résultat d'une lésion du foie, l'ascite précède presque constamment l'infiltration des membres inférieurs. Chez nos malades, au contraire, les membres pelviens se sont infiltrés d'abord; d'où nous croyons pouvoir conclure que, du moins dans les cas observés par nous, le foie était étranger à la production de l'hydropisie. Quant à la rate, nous ne pensons pas que ses altérations seules puissent donner lieu à l'hydropisie. Enfin, en placera-t-on la cause dans une phlegmasie gastro-intestinale? S'il est démontré qu'une gastro-entérite continue, aiguë ou chronique, ne se complique que très rarement d'anasarque, on ne conçoit pas pour-

quoi cette complication serait plus fréquente dans les cas de gastro-entérites intermittentes. L'anasarque, qui se montre fréquemment à la suite des fièvres intermittentes, ne saurait donc s'expliquer dans beaucoup de cas par une lésion locale.

Chez ceux de nos malades qui furent affectés d'anasarque, cette affection disparut ordinairement au bout de douze à quinze jours. Chez un seul, elle fut de plus longue durée. Des sueurs abondantes survinrent chaque nuit, et dès ce moment l'anasarque disparut rapidement. Le traitement consista principalement dans des frictions aromatiques sur les parties infiltrées, dans l'emploi de tisanes amères et diurétiques.

A quelle lésion d'organes rapporterons-nous encore cette teinte caractéristique de la peau qui se manifeste dans tous les cas de fièvres intermittentes un peu anciennes? Comment cette couleur sera-t-elle expliquée par ceux qui ne voient dans ces fièvres que des gastro-entérites intermittentes?

Plusieurs fièvres ont particulièrement fixé notre attention, soit par leurs fréquentes récidives, soit par les singulières variations de leur type. Nous avons vu quelquefois la même fièvre être tour à tour quarte, tierce, quotidienne. Nous allons en citer deux exemples.

Un scieur de long gagna à Pithiviers une fièvre quarte, qui, au bout du sixième accès, fut arrêtée par des purgatifs et par une demi-once de quinquina en poudre. Les trois semaines suivantes, il resta à Pithiviers sans éprouver le moindre ressentiment de fièvre. Il vint ensuite à Paris, et deux semaines après son arrivée il eut trois accès de fièvre quarte. Quatre autres accès se montrèrent en-

suite sous le type tierce; puis la fièvre devint quotidienne pendant dix jours. Tant qu'elle fut quarte ou tierce, les accès commencèrent à midi; ils ne survinrent plus qu'à quatre heures du soir dès que la fièvre fut devenue quotidienne. Chaque accès de celle-ci était de moins en moins intense; enfin, après le dixième accès, le malade ne ressentit plus pendant trois jours, vers quatre heures, qu'un peu de chaleur pendant vingt minutes environ. Ce reste de fièvre fut détruit par le sulfate de quinine administré à la dose de huit grains.

Un autre individu contracta une fièvre quarte aux environs de Meaux; il la conserva pendant six mois sans chercher à la guérir; il prit enfin du quinquina, et la fièvre cessa. Elle ne reparut pas pendant cinq semaines. Au bout de ce temps elle revint à la même heure et sous le même type. Entré à la Pitié, le malade fut de nouveau délivré de sa fièvre par le quinquina. Au bout de cinq semaines, la fièvre reparut sous le type quotidien. Elle céda à des apozèmes amers. Cinq semaines se passèrent encore sans que la fièvre reparût. Mais à l'entrée de la sixième semaine, la fièvre se manifesta pour la quatrième fois, affectant comme la fois précédente, le type quotidien; c'est alors que le malade fut soumis à notre observation. L'hypocondre gauche était tuméfié, résistant, un peu douloureux à la pression. La teinte de la face était peu altérée. Après le neuvième accès, la fièvre fut coupée par l'usage du sulfate de quinine. Il eût été curieux de constater la réapparition de la fièvre au bout de cinq semaines, ainsi que cela avait déjà eu lieu quatre fois. Ce fait ne pourrait-il pas servir à confirmer l'observation de Werlof sur les *semaines paroxystiques?*

La sueur semble être la crise naturelle de chaque accès ; et l'on observe rarement des phénomènes critiques à la fin des fièvres intermittentes. Hoffmann a cité cependant quelques exemples de fièvres intermittentes rebelles qui disparurent spontanément, en même temps que se manifestèrent différents exanthêmes. Pour nous, nous n'avons observé qu'un seul cas, qui, jusqu'à un certain point, pourrait être rapproché des cas cités par Hoffmann.

Un homme avait eu déjà, à des époques assez rapprochées, cinq récidives d'une fièvre quotidienne. Pendant le stade de la chaleur du troisième accès, il ressentit à la peau du sternum une forte démangeaison. Nous découvrîmes sur cette partie une élevure ovalaire, d'un blanc opaque, ayant environ trois pouces de long sur deux de large, semblable aux ampoules produites par la piqûre d'ortie (*urticaire*).

Le lendemain matin, d'autres élevures semblables avaient apparu sur divers points de la poitrine, sur les bras, au dos, et autour des aisselles. Le pouls était légèrement fréquent. Dans la journée, le malade n'éprouva aucun frisson ; la nuit, il sua encore abondamment ; l'urticaire persista pendant quarante-huit heures, puis disparut. Le malade resta à l'hôpital en qualité d'infirmier ; il n'eut plus de fièvre.

Traitement.

Le traitement des fièvres intermittentes est un des point de thérapeutique sur lequel les praticiens sont le plus généralement d'accord ; depuis que le quinquina a commencé à être administré comme fébrifuge, aucune secte médicale ne s'est avisée de nier l'efficacité de ce médicament ;

chacune seulement en a expliqué diversement l'action.

La guérison des fièvres intermittentes par le quinquina semble être un des arguments les plus forts contre la doctrine de M. Broussais. Si en effet une fièvre intermittente n'est qu'une gastro-entérite intermittente, on ne conçoit pas comment le quinquina peut en triompher. M. Broussais répond que l'on détruit alors une irritation par une autre irritation. » Le quinquina, dit M. Boisseau, » guérit les fièvres intermittentes gastriques, parce qu'il » excite l'estomac en l'absence de l'irritation qui se mani» feste par des accès fébriles. » (*Pyrétologie physiologique.*) Ne pourrait-on pas rigoureusement conclure de cette assertion, que le plus sûr moyen de guérir toutes les phlegmasies serait de commencer par enflammer artificiellement l'organe qui va en être le siége ? Mais n'est-ce pas précisément le phénomène contraire que l'on observe journellement ? Quel praticien ignore qu'irriter un organe prédisposé à l'inflammation, c'est hâter le développement de celle-ci ?

Pour prouver qu'une irritation intermittente peut guérir sous l'influence d'un irritant, M. Boisseau cite l'exemple de quelques irritations continues, telles que l'ophthalmie, l'urétrite, l'érysipèle, qui guérissent aussi par les irritants. Cet argument nous semble plus spécieux que solide. Certes, aucun médecin ne s'avisera de combattre par des topiques irritants l'inflammation aiguë de la conjonctive ou de la muqueuse urétrale : ce mode de médication ne devient convenable que lorsque la phlegmasie est passée à l'état chronique. Or, tel ne saurait être le cas d'une gastro-entérite intermittente. Quant aux érysipèles, sur le centre desquels on applique des vésicatoires, ces topiques

augmentent constamment l'inflammation de la peau ; et c'est même en cela que consiste leur utilité : ils empêchent l'érysipèle de s'étendre à d'autres parties de la peau ; d'autres fois, en concentrant toute l'irritation sur le système cutané, ils préviennent ou diminuent l'inflammation du tissu cellulaire subjacent. Nous ne pouvons trouver aucune analogie entre l'effet des vésicatoires sur la peau, et l'effet du quinquina sur l'estomac.

M. Boisseau dit encore qu'une *irritation intense, provoquée dans un tissu organique, le rend moins susceptible qu'il ne l'était auparavant de contracter une irritation moins intense.* Il cite pour exemple le piment, qui brûle la muqueuse buccale et la rend insensible au contact des liqueurs alcooliques.

D'abord, rien ne prouve que l'irritation produite par le quinquina soit plus forte que l'irritation dont l'estomac est le siége pendant l'accès ; et, même en accordant ce dernier point, ne s'ensuivrait-il pas que le quinquina devrait produire des accidents plus graves que ceux qui se manifestent pendant l'accès ?

L'individu qui vient de remplir sa bouche de piment ne sentira plus, à la vérité, le vinaigre ou le vin qu'il y introduira : cela prouve seulement que, sous l'influence d'une forte irritation, la sensibilité peut être momentanément émoussée ; mais, en pareille circonstance, l'application du vinaigre sur la muqueuse buccale n'y occasionera pas moins un surcroît d'irritation.

L'irritation intermittente, que l'on regarde comme la cause de l'accès de fièvre, a-t-elle son siége dans un autre organe que dans le tube digestif ? On a cherché à assimiler la guérison de la fièvre par le quinquina à la gué-

rison d'une ophthalmie par l'application d'un vésicatoire à la nuque. Mais, s'il est vrai que la vertu fébrifuge du quinquina ne dépend que de son action révulsive, pourquoi les topiques stimulants portés sur la peau ne préviennent-ils pas le retour de l'accès aussi bien que l'écorce du Pérou? Nous savons bien, d'ailleurs, que les topiques stimulants, comme tous les moyens perturbateurs, peuvent souvent prévenir le retour des accès; mais leur action est certainement moins efficace, moins constante que l'action du quinquina.

Enfin, si le quinquina n'agit dans ce cas que comme révulsif, il ne peut être utile qu'autant qu'il détermine sur l'estomac une irritation supérieure à l'irritation fixée sur un autre organe : sans cette condition, l'irritation ne serait point déplacée, et la fièvre ne serait point guérie. Mais le résultat nécessaire d'une pareille révulsion ne serait-il pas la production d'une gastrite plus formidable que l'irritation primitive?

La doctrine physiologique nous semble complétement en défaut relativement à l'action du quinquina dans les fièvres intermittentes.

Si l'on nous demande quel est le mode d'action du quinquina, nous ne craindrons pas d'avouer que, dans l'état actuel de la science, il nous semble impossible de répondre à cette question. Nous nous contentons de dire que la vertu fébrifuge du quinquina est une vertu spécifique comme celle du mercure ou du virus vaccin.

Il ne faut pas toutefois perdre de vue que le quinquina peut être remplacé dans plusieurs cas de fièvres intermittentes, récentes ou légères, par une foule de substances différentes, qui semblent toutes agir, en déter-

minant dans l'économie un trouble plus ou moins considérable. Mais, dans ces différents cas, le quinquina réussit encore plus sûrement qu'aucune autre substance.

Il y a au contraire d'autres cas de fièvres intermittentes anciennes contre lesquelles le quinquina échoue complétement. Les différents moyens hygiéniques et thérapeutiques, que l'on emploie souvent alors avec succès, semblent moins agir sur un organe en particulier que sur l'ensemble des liquides et des solides.

Parmi nos malades, les uns ont été traités par le quinquina, les autres, par les évacuants; d'autres enfin ont été abandonnés à la nature.

Le sulfate de quinine a été la préparation le plus ordinairement employée. M. Lerminier l'a prescrit dans le plus grand nombre des cas à la dose de six à huit grains, à prendre en deux fois à une demi-heure d'intervalle, quatre ou cinq heures avant l'accès. Donné de cette manière, la quinine a presque toujours coupé la fièvre dès le premier jour. Dans quelques cas, la fièvre a été également prévenue par l'usage de la quinine administrée douze ou quinze heures avant l'accès. Une fois, la quinine fut donnée par mégarde au milieu du frisson fébrile; l'accès ne fut ni plus faible ni plus intense que les précédents; mais l'accès suivant fut remarquablement plus léger.

Chez la plupart des individus qui prirent moins de six grains de quinine, les accès furent plus légers; mais la fièvre ne fut pas coupée brusquement comme chez ceux qui en prirent huit grains.

Dans deux cas le sulfate de quinine n'a pu triompher de la fièvre qu'à la dose de douze grains.

Enfin, chez trois individus atteints de fièvre tierce, M. Lerminier, dans le but d'apprécier les effets de l'alcali du quinquina donné à forte dose, l'a porté, dès le premier jour, à vingt grains. La fièvre a été arrêtée, et aucun accident n'est survenu.

Mais chez quelques autres malades, placés en apparence dans les mêmes circonstances que les précédents, le sulfate de quinine, donné à la dose de quelques grains seulement, a donné lieu à des symptômes nerveux assez fâcheux, tels que violents battements de cœur, oppression, sensation de la boule hystérique, étourdissements, douleurs fugitives dans différents points de la poitrine et de l'abdomen. La quinine fut remplacée par le quinquina en substance, et ces accidents disparurent.

Ces faits encore peu nombreux prouvent seulement que le sulfate de quinine, comme tous les médicaments actifs, présente, dans ses effets physiologiques et thérapeutiques, des anomalies qui doivent être attribuées à l'idiosyncrasie.

Tant d'observateurs ont déjà fixé l'attention sur les avantages du sulfate de quinine, que nous croyons inutile d'insister plus long-temps sur les effets de ce médicament.

Chez un individu éminemment scorbutique, atteint d'une fièvre intermittente double tierce, M. Lerminier commença par administrer la tisane de raifort et le vin antiscorbutique. Il y joignit ensuite l'usage du vin de quinquina à la dose de cinq onces par jour. Les accès disparurent, ainsi que les symptômes scorbutiques.

L'usage des vomitifs a été utile à un assez grand nombre de malades. Chez plusieurs, le vomitif donné quelques heures avant l'apparition de l'accès en a empêché complète-

ment le retour; chez d'autres, il en a seulement diminué l'intensité; chez le plus petit nombre, il n'a eu aucun effet sensible. Tantôt, à la suite de l'administration d'un vomitif, la fièvre elle-même a été complétement coupée; mais tantôt aussi les accès suivants ont reparu, et il a fallu alors employer le quinquina. Dans quelques circonstances, M. Lerminier est parvenu également à empêcher le retour des accès en prescrivant, peu d'heures avant leur apparition, l'éméto-cathartique connu à l'hôpital de la Charité sous le nom d'*eau minérale.* (*Mélange de quatre grains de tartre stibié et de quatre gros de sulfate de soude dans une pinte d'eau.*)

Nous n'avons pas besoin de dire que les émissions sanguines ont été prescrites, toutes les fois qu'il existait des signes de pléthore locale ou générale, soit pendant l'accès, soit dans les intervalles. Quelquefois aussi M. Lerminier a fait saigner, peu d'heures avant l'accès, des individus qui ne présentaient aucun signe de pléthore ou d'irritation. Chez ces malades la saignée générale ou locale a dérangé, diminué, ou même suspendu les accès; mais moins sûrement que le quinquina. Si ces accès avaient été produits par une gastro-entérite, le contraire n'aurait-il pas dû avoir lieu? Nous avons vu quelques individus qui, avant d'entrer à l'hôpital, avaient été les uns saignés, les autres couverts de sangsues. Les accès avaient été plus ou moins modifiés sous le rapport de l'heure, du type et de l'intensité; mais la fièvre, bien que dérangée, n'avait pas cédé; le quinquina fut prescrit; la fièvre disparut sans retour.

Chez quelques malades, la fièvre s'était infiniment prolongée sous l'influence d'un traitement empirique ou

mal dirigé. Tel fut surtout le cas d'un jeune homme qui fut d'abord atteint d'une fièvre tierce. Celle-ci, mal traitée, persista sans type régulier pendant près de cinq mois. Soumise à un traitement méthodique, cette fièvre devint quotidienne, et fut arrêtée enfin par le sulfate de quinine. Nous allons citer avec détail cette observation : elle nous fournira l'occasion de vérifier plusieurs des assertions précédentes.

Un jeune homme de vingt-cinq ans, d'une assez faible constitution, jouissant d'une bonne santé, alla vers la fin d'avril 1822, habiter, près de Montargis, une campagne où régnaient des fièvres intermittentes. Deux jours après son arrivée, il ressentit de violents maux de tête. Le troisième jour, il eut un accès de fièvre bien caractérisé. Cette fièvre se montra régulièrement, les quinze jours suivants, sous le type tierce. Au bout de ce temps, on fit prendre au malade une grande tasse de café au moment où le frisson commençait. L'accès n'eut pas lieu, mais il se montra le lendemain. Depuis ce moment les accès n'eurent rien de régulier sous le rapport de leur retour et de leur durée. On essaya plusieurs fois de les arrêter en donnant au malade un verre d'eau-de-vie avec du poivre, lorsqu'il commençait à frissonner. Il prit ensuite, pendant quelque temps, une infusion de petite centaurée dans du vin rouge. La fièvre n'en persista pas moins pendant tout l'été. Sans cesse dérangés, soit par des remèdes intempestifs ou bizarres, soit par les travaux pénibles auxquels se livrait le malade, les accès se montrèrent tour à tour sous tous les types possibles.

Le malade revint à Paris vers la fin d'octobre ; il présentait alors des signes d'irritation gastrique, qui cédèrent

facilement à la diète, au repos, et à l'usage de tisanes adoucissantes. Jusque vers le milieu du mois de novembre, il n'eut que quelques légers accès de fièvre; mais le 18 novembre, il fut pris, à onze heures du matin, d'un violent frisson qui dura trois heures; il eut chaud le reste de la journée, et sua toute la nuit. Le 19, apyrexie. — Le 20, accès semblable à celui du 18. — Le 21, fièvre depuis quatre heures du matin jusqu'à onze heures. Second accès le même jour à cinq heures du soir, sueur abondante toute la nuit.

Le malade entra le 22 à la Charité; l'accès survint à neuf heures du soir. Dans la matinée du 23, nous le trouvâmes en sueur; la face présentait cette teinte jaune qui caractérise les fièvres intermittentes anciennes. Les traits étaient fatigués; les fonctions digestives n'offraient d'autre altération qu'une diminution dans l'appétit; la poitrine percutée rendait un son très mat au niveau des dernières côtes gauches; la rate ne se sentait pas au-dessous du rebord des côtes.

Ce jeune homme n'était pas moins fatigué par la maladie que par les remèdes; aussi M. Lerminier jugea convenable de n'employer aucun fébrifuge, jusqu'à ce que la fièvre eût affecté un type bien déterminé, et que la nature fût en état de répondre aux efforts de l'art.

Dans la soirée du 23, accès de fièvre depuis neuf heures jusqu'à minuit.

Le 24, le malade se plaignit d'une légère douleur à la région de la rate. Quinze sangsues furent appliquées sur l'hypocondre gauche. Le frisson fut retardé de trois heures, et l'accès ne dura qu'une heure et demie.

Les quatre jours suivants, accès chaque soir durant une grande partie de la nuit.

Le 29 et le 30, l'accès commença le matin et persista tout le jour.

Le 1er et le 2 décembre, il se montra de nouveau chaque soir et pendant la nuit.

Le 3, deuxième application de sangsues sur les fausses côtes gauches dans la matinée. Le soir, le frisson manqua; le malade dormit bien; à son réveil il était couvert de sueur. La matité du son persistait.

Le 4, troisième application de sangsues. Cette fois, elles n'exercèrent aucune influence sur l'accès qui fut aussi long et aussi intense que le 1er et le 2 décembre.

Le 5, le malade, qui se plaignait de constipation, prit dans la matinée quatre pilules composées chacune de deux grains de calomel et d'un grain de savon. Il but dans la journée quelques verres d'eau de Vichy.

Du 5 au 10, ces médicaments furent continués. Un dévoiement assez abondant s'établit; la fièvre revenait chaque soir à des heures différentes et avec une intensité variable. On suspendit l'usage des pilules et de l'eau de Vichy; le dévoiement diminua. — Accès de fièvre chaque soir jusqu'au 14. Le 14, le malade prit, de onze heures à midi, huit grains de sulfate de quinine en deux doses; le frisson survint, comme les deux jours précédents, à quatre heures du soir; il dura de même trois heures, mais il fut moins violent. Le malade ne ressentit ensuite ni chaleur ni sueur.

Le 15, la dose du sel de quinine fut portée à dix grains à prendre en deux fois. Le malade ne ressentit dans la

soirée qu'une très légère moiteur pendant une demi-heure environ.

17 et 18, six grains de quinine; céphalalgie et léger malaise dans la soirée. L'urine rendue pendant ce temps présenta un dépôt abondant d'un rouge briqueté.

Du 18 au 24, quatre grains de sulfate, chaque jour; pas le moindre ressentiment de fièvre.

Du 24 au 28, trois grains. Le malade, qui se sentait très bien, quitta l'hôpital le 30. A cette époque, le son mat du côté gauche persistait.

DE LA NATURE DES FIÈVRES.

Jusqu'à présent nous nous sommes surtout attachés à raconter les faits, à chercher, soit dans les observations particulières, soit dans les résumés, la solution des différentes questions proposées dans l'Introduction. Nous pourrions terminer ici notre travail, et abandonner au lecteur le soin d'en déduire des conséquences générales; mais nous n'avons pas cru inutile de soumettre à son jugement les conséquences que nous avons déduites nous-mêmes. Lorsqu'on veut parvenir à éclairer une question, on ne saurait la présenter sous un trop grand nombre de faces.

Les fièvres nous paraissent devoir être considérées comme des affections générales, ayant également leur siége et dans les solides et dans les liquides; mais pouvant, dès leur début, ou pendant leur cours, se compliquer de différentes affections locales; de là divers groupes de symptômes, et divers modes de traitement.

A l'appui de cette proposition, nous rappellerons en peu de mots ce que nous ont appris soit la nécroscopie, soit l'examen des phénomènes morbides, soit les résultats des méthodes thérapeutiques. Nous invoquerons aussi plusieurs faits physiologiques qui nous semblent propres à jeter un grand jour sur la question de la nature des fièvres.

Ce n'est que dans des cas rares que la nécroscopie ne découvre aucune lésion appréciable soit du tube digestif, soit d'un autre organe. On objecte alors que les traces d'inflammation disparaissent, de même qu'on voit s'effacer après la mort la rougeur d'un érysipèle. Mais c'est seulement dans le cas où la phlegmasie cutanée a été très légère, que l'injection des capillaires cesse après la mort. Pour peu qu'il y ait eu autre chose qu'un simple érythême, on retrouve sur le cadavre la peau rouge comme pendant la vie. La rougeur de la membrane muqueuse gastro-intestinale ne doit donc aussi disparaître que dans les cas d'injection légère; et alors l'existence de celle-ci serait insuffisante pour expliquer la mort.

On a objecté avec plus de raison que l'absence de lésion dépend souvent de la rapidité de la mort. Mais tel n'a point été le cas de nos malades, puisqu'ils ne succombèrent qu'au bout de plusieurs jours.

Il est bien plus ordinaire de trouver des lésions dans le tube digestif; mais l'intensité de ces lésions est loin d'être toujours en rapport avec la gravité des symptômes. On a éludé cette difficulté en invoquant le mode de sensibilité des différents malades. On a dit que chez ceux dont les sympathies étaient plus développées, la lésion la plus légère devait retentir dans toute l'économie, et produire les plus grands désordres. Incontestable dans plusieurs cas, cette différence de sensibilité nous paraît avoir été dans beaucoup de circonstances ou exagérée ou supposée. Aucun fait ne la démontrant chez la plupart des individus atteints de fièvres graves, nous sommes en droit de la nier.

D'autres fois enfin, les lésions des voies digestives sont

considérables. Tantôt ces lésions peuvent être justement regardées comme le point de départ de la maladie ; mais tantôt elles ne paraissent s'être développées que pendant son cours, et ne semblent être alors qu'une complication. (Voir les observations particulières.)

La nature des lésions intestinales ne doit pas être perdue de vue. Les unes consistent dans une inflammation franche de la membrane muqueuse, telle qu'elle existe dans les cas de gastrite ou d'entérite, suites d'empoisonnement. D'autres lésions semblent appartenir plus spécialement aux fièvres. Tels sont les différents exanthèmes de la muqueuse, qui semblent être à celle-ci ce que les pustules varioliques sont à la peau ; tels sont encore les *anthrax* de cette même membrane muqueuse, analogues aux anthrax cutanés.

Si nous examinons maintenant les symptômes, nous verrons d'abord que, dans les fièvres légères, le point de départ de la maladie n'est pas constamment une irritation des voies digestives. Dans ces fièvres, ainsi que l'a fort bien fait ressortir M. Boisseau, les symptômes peuvent être rapportés tour à tour à l'irritation de l'encéphale, des bronches, des intestins, du foie, des reins, des muscles eux-mêmes. Souvent la plupart de ces organes semblent être affectés à la fois, sans qu'il soit possible de déterminer quel a été le point de départ. Dans les fièvres plus graves, l'on retrouve cette même multiplicité de lésions ; elle est annoncée par la variété infinie des symptômes. Ici encore, comme dans les fièvres légères, les symptômes de la phlegmasie gastro-intestinale sont tantôt très peu marqués pendant tout le cours de la maladie; tantôt ces symptômes n'apparaissent qu'à une

époque déjà avancée de la fièvre; d'autres fois ils cessent de se montrer lorsque les symptômes ataxo-adynamiques existent encore dans toute leur intensité.

Enfin, bien qu'on ne puisse nier que, dans un grand nombre de fièvres graves, les antiphlogistiques, les saignés générales ou locales ne soient éminemment utiles, l'observation nous a aussi démontré, dans d'autres cas de fièvres graves, l'utilité d'une médication tonique.

Si les phénomènes offerts par les fièvres continues ne peuvent tous être expliqués par l'existence d'une gastro-entérite, on peut encore plus rarement rapporter à une phlegmasie locale les phénomènes offerts par une fièvre intermittente bénigne ou grave, ainsi que nous avons essayé de le prouver.

Comment nous rendrons-nous raison de ces phénomènes? La méditation des faits suivants pourra peut-être nous éclairer à cet égard.

Si l'on applique sur le tissu cellulaire d'un animal, si l'on injecte dans ses veines une substance vénéneuse, prise dans la classe des poisons corrosifs, âcres ou narcotico-âcres, l'animal succombe, au bout d'un temps plus ou moins long, après avoir offert un ensemble de symptômes qui ont la plus grande analogie avec ceux que l'on observe dans les fièvres ataxiques et adynamiques. Tantôt la mort survient au milieu de convulsions violentes, de secousses tétaniques, des symptômes nerveux les plus variés; tantôt les animaux restent plongés dans un état de prostration qui devient de plus en plus grand, et qui enfin les conduit à la mort.

Si, comme l'ont fait dans ces derniers temps MM. Magendie, Gaspard et Dupuy, l'on injecte dans les veines

d'un animal, soit différentes espèces de pus, soit des substances putrides végétales ou animales, l'on observe encore la même série de phénomènes.

Quelquefois aussi, dans ces différents cas, la gêne extrême de la respiration, des vomissements, des déjections sanguinolentes, se joignent aux symptômes généraux, et annoncent une lésion des poumons, de l'estomac ou des intestins.

En ouvrant les cadavres dans ces différents cas, toutes les parties du corps, scrupuleusement examinées, ne présentent souvent aucune espèce d'altération appréciable. Mais d'autres fois plusieurs parties sont le siége de lésions diverses. Les poumons sont gorgés de sang, hépatisés, parsemés de taches brunes ou livides; leur tissu est ramolli, et plus ou moins profondément désorganisé. La surface interne des cavités du cœur est fortement colorée en rouge; elle présente des taches, des ulcérations, des épanchements sanguins au-dessous de la membrane interne. Le tube digestif est le siége d'une phlegmasie variable en étendue et en intensité. Enfin les diverses cavités des séreuses, et spécialement celles de l'arachnoïde rachidienne, du péricarde et des plèvres, présentent des épanchements purulents, séreux ou sanguins.

C'est encore ainsi que, chez les hommes et chez les animaux morts de la rage, tantôt on trouve tous les organes sains, ainsi que j'ai eu occasion de le constater avec M. Magendie; tantôt, comme je l'ai aussi observé, on reconnaît des traces d'inflammation, soit dans le larynx, la trachée et ses divisions, soit dans le pharynx, l'estomac et les intestins.

Mais, soit que ces lésions diverses existent ou non, la mort n'en survient pas moins, précédée à peu près de la même série de symptômes. Ces lésions variables ne sont donc que des phénomènes accessoires, et ce n'est point en elles que réside le véritable siége de la maladie et la cause de la mort. Le désordre commence, dans ces différents cas, par être général, et il ne se *localise* en quelque sorte qu'accidentellement.

Nous retrouvons encore un même ordre de causes et un même ensemble de phénomènes chez les individus qui sont atteints de la pustule maligne, après avoir touché des viandes malsaines, chez ceux qui en disséquant se piquent avec un instument enduit de substances animales putrides.

Entre ces maladies, évidemment produites par l'introduction d'une substance délétère dans le sang, et entre les différentes pestes dues à l'absorption des miasmes, l'analogie est frappante. Mais ces pestes elles-mêmes ne diffèrent des fièvres graves journellement soumises à notre observation que par la plus grande intensité des symptômes. Dans toutes également, les fonctions des centres nerveux sont bouleversées; les battements du cœur sont troublés, accélérés, ralentis, ou même interrompus tout à coup; les systèmes capillaires sont modifiés dans leur texture et dans leurs propriétés; les poumons sont enflammés et désorganisés; le canal digestif est frappé de phlegmasie; le foie et les reins sont atteints, et leurs sécrétions perverties; la rate s'engorge et se ramollit; la peau est tour à tour sèche, humide, exanthémateuse; la composition chimique des muscles semble altérée; plusieurs humeurs subissent des modifications;

en un mot, l'économie entière paraît frappée. Comment rapporter tant de désordres à la lésion d'un seul organe ?

Bordeu a signalé, dans un passage plein de verve et de génie, les vaines prétentions de ceux qui ont voulu faire de toutes les fièvres graves une affection locale. Ce passage, perdu en quelque sorte au milieu des recherches sur le pouls, se trouve si naturellement lié à notre sujet, il nous a semblé contenir des vérités si importantes, que nous croyons devoir le transcrire littéralement.

« La fièvre maligne, dit Bordeu, est un dérangement » composé de celui de la plus grande partie des organes. » Ce grand nombre de symptômes, souvent opposés, ne » saurait dépendre d'une seule et même cause. Aussi » tous les systèmes sur les causes des maladies peuvent-» ils trouver leur application dans la fièvre maligne.

» Ceux qui s'attachent surtout à considérer l'état du » cerveau trouvent ici de quoi appuyer leur opinion. » L'assoupissement, le délire, l'engorgement des vais-» seaux cérébraux trouvé à l'ouverture des cadavres, » leur fournissent des arguments qui ne sont pas peu » spécieux ; mais un homme qui vient de recevoir un » coup à la tête, avec blessure ou compression du cer-» veau, non plus qu'un épileptique ou un maniaque, » n'ont pas une fièvre maligne ; il y a dans cette fièvre » autre chose qu'une affection du cerveau.

» La tension du ventre, l'inertie ou l'extrême sensibi-» lité des entrailles, les vomissements, le dévoiement, » symptômes presque inséparables de la fièvre maligne, » prouvent sans doute l'affection des premières voies. Il » y a pourtant autre chose que cette affection : un ma-» lade qui a une inflammation du ventre, une colique

» bilieuse ou convulsive, un cholera-morbus n'a pas » pour cela la fièvre maligne.

» Les maux de gorge, les convulsions du diaphragme, » l'irrégularité et la difficulté de la respiration, tout ma- » nifeste l'embarras de la poitrine dans la fièvre maligne; » mais cette fièvre n'existe pas dans une simple fluxion » de poitrine.....

» Ceux qui regardent les dérangements de la transpi- » ration et les affections de la peau comme les causes de » presque toutes les maladies peuvent aussi appuyer leur » système de l'histoire de la fièvre maligne : la sécheresse » et la chaleur brûlante de la peau, les sueurs irrégulières, » les éruptions de toutes les espèces, démontrent les em- » barras de tout l'organe cutané; mais la peau peut être » affectée de plusieurs de ces accidents, sans que cela » suppose une fièvre maligne.

» Enfin le système des humoristes n'est nulle part aussi » spécieusement appliqué que dans l'explication de plu- » sieurs des symptômes de cette fièvre.

» C'est donc avec raison, continue Bordeu, que la fièvre » maligne doit être regardée comme le fond de plusieurs » maladies jointes ensemble. Un malade attaqué de cette » fièvre bien caractérisée a tout à la fois le cerveau em- » barrassé, les nerfs pris, les humeurs altérées; il a toutes » les espèces d'embarras qui peuvent être les causes de » plusieurs maladies du ventre, de la poitrine, de la tête » et des autres parties; il est, pour ainsi dire, dans l'état » qui pourrait constituer un *scorbut aigu.* »

Plus nous avons médité l'histoire des fièvres, plus nous avons été porté à les envisager sous le même point de vue que Bordeu. Les idées nouvellement émises sur la

nature, le siége et le traitement des fièvres, nous ont paru ne pouvoir être adaptées qu'à quelques cas particuliers. Cependant la plupart de ceux qui ont adopté dans toute son étendue la *doctrine physiologique* semblent ne pas même soupçonner les nombreuses objections qui s'élèvent contre elle; on dirait que pour eux il n'y a plus rien au-delà du cercle où les a renfermés un homme d'un talent supérieur. Nés dans un autre siècle, n'eussent-ils pas été exclusivement humoristes avec Sylvius, animistes avec Stalh, mécaniciens avec Boerhaave, vitalistes avec Barthez?

Pour nous, il nous semble que, dans cette branche de la pathologie, il reste encore beaucoup de questions à éclaircir, beaucoup de phénomènes à approfondir. Nous en avons indiqué une partie, et toujours nous nous sommes efforcé de distinguer le vrai du vraisemblable, et ce qui était prouvé d'avec ce qui n'était que probable. L'on n'est véritablement encore qu'à l'entrée de la carrière, et l'on ne pourra pénétrer plus avant qu'en accumulant les observations, en multipliant les expériences physiologiques appliquées à la pathologie, et en perfectionnant l'analyse des liquides animaux. Mais, dans le cours de ces recherches, ne devançons pas les faits, et sachons nous arrêter là où les faits cessent de nous éclairer.

FIN DE LA PREMIÈRE PARTIE.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES.

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

